



Protección social para la infancia y la adolescencia en Chile

Silke Staab



POLÍTICAS SOCIALES

Protección social para la infancia y la adolescencia en Chile

Silke Staab



NACIONES UNIDAS



Este documento fue preparado por Silke Staab, consultora de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco del Proyecto CEPAL-UNICEF (UNI/12/001), bajo la coordinación de María Nieves Rico, Oficial de Asuntos Sociales.

La autora agradece los valiosos comentarios de Simone Cecchini, María Nieves Rico y Cecilia Rossel (CEPAL) así como de Enrique Delamonica, Daniel Contreras, Candy Fabio, Francisca Morales, Claudia Robles y Esperanza Vives (UNICEF).

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1564-4162

LC/L.3661

Copyright © Naciones Unidas, junio de 2013. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Introducción	5
I. Sistema de protección social para la infancia y adolescencia en Chile	9
A. Contexto de la protección social a la infancia y adolescencia en Chile	9
1. ¿Un régimen de bienestar en transición? Continuidad y cambio en la protección social chilena	9
2. Protección social e infancia en el Chile de hoy: algunos desafíos	13
3. Gasto social y gasto social en infancia.....	15
B. Transferencias monetarias.....	16
1. Asignaciones y subsidios familiares	17
2. Programas de transferencias monetarias	18
C. Sistema, políticas y programas de educación.....	23
1. El sistema de educación chileno	23
2. Políticas y programas de promoción de acceso, retención y equidad	28
D. Sistema, políticas y programas de salud.....	32
1. El sistema de salud chileno	32
2. Políticas y programas de promoción de acceso, atención oportuna y manejo de riesgos específicos	35
E. Servicios especializados de apoyo a las familias	40
F. Políticas y programas de cuidado.....	42
1. La expansión de los servicios de educación inicial y cuidado infantil	42
2. De la licencia por maternidad al postnatal parental	43
G. El sistema integral de protección a la primera infancia: Chile Crece Contigo.....	44
II. Institucionalidad de protección social a la infancia y adolescencia	49
A. Autoridades y actores.....	49
B. La Red de Protección Social (PROTEGE) y la coordinación intersectorial	52
C. Producción de conocimiento y sistemas de información	53
III. Conclusiones	55
Bibliografía	59

Anexo	67
--------------------	-----------

Serie Políticas Sociales: números publicados	77
---	-----------

Índice de cuadros

CUADRO 1	INDICADORES DE GASTO SOCIAL 2007/2008, PAÍSES DEL CONO SUR	15
CUADRO 2	COMPONENTES DE LA LEY QUE CREA EL SUBSISTEMA DE PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN SOCIAL.....	20
CUADRO 3	COMPONENTES, MONTOS Y CRITERIOS DE LA ASIGNACIÓN SOCIAL.....	21
CUADRO 4	CRITERIOS DE FOCALIZACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE ALUMNOS PARA LA ASIGNACIÓN DE LA SUBVENCIÓN ESCOLAR PREFERENCIAL.....	29
CUADRO 5	MONTOS SEP POR CONCENTRACIÓN DE ALUMNOS PRIORITARIOS	30
CUADRO 6	DISTRIBUCIÓN ENTRE LAS TRES PRINCIPALES FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD, 2008	32
CUADRO 7	NÚMERO DE AFILIADOS A FONASA, COTIZANTES Y NO COTIZANTES	33
CUADRO 8	PRESTACIONES PREVENTIVAS GARANTIZADAS PARA NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES	36
CUADRO 9	COBERTURA PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC) POR GRUPO DE EDAD	37
CUADRO 10	COBERTURA DEL PROGRAMA ABRIENDO CAMINOS.....	41
CUADRO 11	CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES MÍNIMAS (CM), ESTABLECIDAS POR EL PROGRAMA ABRIENDO CAMINOS, POR GRUPO DE EDAD	41
CUADRO 12	TASA DE ASISTENCIA NETA A SALA CUNA Y JARDIN INFANTIL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 3 AÑOS POR QUINTIL DE INGRESO (1990-2011).....	43
CUADRO 13	EJES DEL PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOSICOSOCIAL (PADBP).....	46
CUADRO A.1	PROTECCION SOCIAL A LA INFANCIA: COMPONENTES E INSTRUMENTOS.....	68
CUADRO A.2	LEGISLACIÓN RELACIONADA A LA PROTECCIÓN SOCIAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES	69
CUADRO A.3	LEGISLACIÓN RELACIONADA A DERECHOS DE MATER/PATERNIDAD	71
CUADRO A.4	BECAS PARA LA EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA	72
CUADRO A.5	GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) POR EDAD.....	73
CUADRO A.6	PROPUESTAS DE CAMBIOS LEGISLATIVOS EN EL MARCO DE CHILE CRECE CONTIGO	75

Índice de gráficos

GRÁFICO 1	POBREZA (40% DEL INGRESO MEDIANO) ANTES Y DESPUÉS DE IMPUESTOS Y TRANSFERENCIAS (APROX. 2009).....	16
GRÁFICO 2	DISTRIBUCIÓN DE LA MATRÍCULA (1990-2008), PORCENTAJE DE ALUMNOS MATRICULADOS EN UNA DETERMINADA DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	24
GRÁFICO 3	COBERTURA DE EDUCACIÓN POR NIVEL DE ENSEÑANZA Y QUINTIL DE INGRESO AUTÓNOMO (2009)	25
GRÁFICO 4	PUNTAJE PISA EN LECTURA DE TEXTO IMPRESO SEGÚN DEPENDENCIA DEL ESTABLECIMIENTO (2009).....	27

Índice de diagramas

DIAGRAMA 1	PRESTACIONES DE CHILE CRECE CONTIGO	45
------------	---	----

Introducción

A lo largo de la última década, la protección social a la infancia ha cobrado importancia como herramienta para enfrentar las vulnerabilidades relacionadas a esta etapa del ciclo vital, contribuir a la realización de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, y garantizar el pleno desarrollo de sus capacidades (Unicef, 2012a). También existe bastante consenso de que la protección social a la infancia constituye una buena inversión de recursos públicos: Al contribuir al desarrollo físico, cognitivo y emocional temprano, la protección social en la infancia puede incrementar la productividad en la adultez y romper la transmisión intergeneracional de la pobreza (Unicef y otros, 2009a).

En este contexto, hay al menos tres características de la niñez que merecen especial atención en el diseño de políticas y programas de protección social.

Primero, las vulnerabilidades y las capacidades de enfrentarlos cambian a lo largo de la niñez (ODI y Unicef, 2009a): no son los mismos en la primera infancia que en la infancia o la adolescencia y por tanto cada etapa requiere de respuestas e intervenciones de protección diferenciadas. Durante la primera infancia, por ejemplo, los riesgos se concentran en sufrir retrasos a nivel biopsicosocial (desnutrición, enfermedades evitables, falta de apego o estimulación). La protección social en esta etapa normalmente se centra en las condiciones (económicas, sociales, psicológicas) del adulto responsable del cuidado del menor así como el desarrollo integral del niño incluyendo el acceso a los controles y cuidados de salud (inmunización, nutrición, monitoreo de crecimiento, etc.) y estimulación temprana. Durante la infancia y adolescencia los riesgos se trasladan hacia la falta de acumulación de capital humano (baja calidad escolar, bajo rendimiento, deserción, trabajo infantil) y las políticas y programas se tienden a enfocar en el acceso y la retención en el sistema educativo. También aumentan riesgos específicos, como son aquellos asociados a la iniciación de la actividad sexual (exposición a enfermedades de transmisión sexual, embarazo y mater/paternidad adolescente) y el consumo de sustancias adictivas.

Segundo, la situación de los niños y niñas se relaciona con las características de su hogar y, en particular, de la situación de las personas adultas responsables de su cuidado, apoyo y protección. Existen correlaciones importantes, por ejemplo, entre el nivel educacional de los/as cuidadores principales, su estado de salud, la calidad de su inserción laboral y el acceso a ingresos, por un lado, y las oportunidades de desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, por otro. Una protección social

integral a la infancia requiere tener en cuenta dichos factores. En este contexto es importante distinguir entre la pobreza infantil por ingresos, medida a nivel del hogar, y una concepción de pobreza desde un enfoque de derechos –y de sus privaciones– que requiere de indicadores y mediciones multidimensionales (Cepal y Unicef, 2010). Desde esta perspectiva, para superar la pobreza infantil no sólo es necesario terminar con la privación material, sino también con “otros factores vinculados a la discriminación y a la exclusión que afectan el desarrollo psicosocial de los niños, niñas y adolescentes” (pág. 25). Tercero, el interés superior del niño como sujeto de derecho especial considera que la infancia constituye un período de especial preocupación, en donde se juega gran parte del desarrollo de las capacidades y oportunidades futuras. El niño por tanto goza no sólo de los derechos universales, sino también del derecho a protección especial por parte del Estado, la familia y de la sociedad (Gobierno de Chile, 2000). Por lo tanto, la protección social a la infancia basada en los derechos, conlleva tanto los principios generales de dicho enfoque (Abramovich, 2006)¹ como la consideración específica de los derechos de la infancia establecidos en la Convención de los Derechos del Niño, en particular el principio del interés superior del niño (Unicef, 2007). El Estado debe velar por el cumplimiento de este principio en todas las decisiones que afectan los intereses de los niños, niñas y adolescentes, incluyendo la formulación de políticas. También debe apoyar a las familias y cuidadores en la realización de los derechos del niño (Pautassi y Royo, 2012, pág. 26).

Todo lo anterior subraya la importancia de un enfoque integral, inter-sectorial e inter-generacional que toma en cuenta las necesidades de los niños y las niñas en las distintas etapas de su desarrollo, así como los roles y las relaciones que mantienen con sus cuidadores y la comunidad que los rodea. A nivel de las políticas, dicho enfoque se manifiesta, por un lado, en medidas focalizadas en los niños y las niñas, diferenciados por su edad, y, por otro, en intervenciones generales dirigidas a mejorar la situación de sus hogares.

Con estas conceptualizaciones en mente, este documento analiza la matriz de protección social para la infancia y adolescencia en Chile. Dicha matriz sigue, en términos gruesos, el enfoque de Unicef (2012a) sobre protección social a la infancia que distingue los siguientes componentes: transferencias sociales; políticas y programas para asegurar el acceso a los servicios; servicios de cuidado y servicios sociales de apoyo especial a las familias; legislación y reformas de políticas públicas (véase Anexo I). No obstante, se considera extremadamente importante *ubicar* dichos esfuerzos a nivel programático *en su contexto* institucional –que ha ido creciendo y consolidándose a lo largo del último siglo– dado que muchas veces es justamente este contexto más amplio que facilita o socava el éxito de los programas de protección social específicos en la práctica. Es por ello que antes de detallar los programas de protección social en educación y salud, nos detenemos en las particularidades institucionales de ambos sistemas, poniendo especial atención en las consecuencias que tienen en la infancia desde una perspectiva de derechos y equidad.

El caso de Chile es de especial interés para el análisis de protección social a la infancia por varios motivos. El sistema de protección social que se ha ido gestando en el país a lo largo de la última década se caracteriza por i) la combinación de elementos contributivos y no contributivos; ii) una creciente coordinación entre los organismos públicos y sectoriales a cargo de la protección social y, como consecuencia, avances importantes en la articulación de la oferta social a favor de la población definida como vulnerable; y iii) un discurso de derechos sociales que se ha plasmado, si bien de manera incipiente e incompleta, en el enfoque de programas específicos. Más importantemente en el marco de este estudio, iv) la infancia ha llegado a ocupar un rol importante en los esfuerzos de protección social que se expresa tanto en los programas dirigidos a los hogares como en aquellos específicamente diseñados para la población infantil y (en menor medida) adolescente. Finalmente, v) el país ha avanzado de manera importante en la generación de información sobre protección social e infancia –a través de encuestas especializadas, sistemas de información, estudios y evaluaciones– que en su conjunto constituye una buena base para analizar cambios y continuidad en la matriz de protección social y sus implicancias para la infancia y adolescencia.

¹ Entre ellos se encuentran los principios de la universalidad y no discriminación, la sostenibilidad, la progresividad y no reversión, la indivisibilidad e interdependencia, la participación y ciudadanía, la exigibilidad y la rendición de cuentas (UNICEF, 2007).

No obstante, dichos avances se insertan en un contexto que sigue cargando con herencias sociopolíticas e institucionales ambivalentes. Por un lado, Chile tiene una larga trayectoria de políticas sociales dirigidas a la infancia, particularmente en salud. Esta tendencia se mantiene más allá de los cambios radicales que experimenta el país a lo largo del siglo 20 en sus políticas sociales y seguramente facilitó la incorporación de los niños, niñas y adolescentes al sistema de protección social actual. Por otro lado, las innovaciones en materia de protección social durante la última década se insertan en las estructuras de un modelo de bienestar de carácter fundamentalmente liberal, donde la lógica de mercado (competencia, libre elección, eficiencia) sigue jugando un papel preponderante y el Estado, si bien ha expandido su actuar, se sigue conceptualizando en términos subsidiarios. Esto queda reflejado, por ejemplo, en la importancia de los prestadores y administradores privados y el alto gasto de las familias en los ámbitos de salud y educación, así como las brechas de calidad en los servicios a los que acceden distintos grupos de niños, niñas y adolescentes en el país. También queda reflejado en un mercado laboral que sigue altamente flexibilizado y con dificultades de crear trabajo decente, particularmente para la población con menor nivel de educación formal. Dichas brechas, al restringir las oportunidades de niños y niñas de hogares con menores ingresos, contribuyen de manera importante a la transmisión intergeneracional de la pobreza y exclusión social. Este contexto estructural e institucional inalterado produce tensiones en la lógica y orientación de la protección social a la infancia y adolescencia en el Chile actual y restringe los avances en materia de equidad e inclusión social – temas que se retomarán en las reflexiones finales.

El estudio se divide en dos partes: La primera y principal parte analiza la matriz de protección social a la infancia y adolescencia y sus componentes: Se resume, de manera sintética, el desarrollo histórico de la protección social en Chile, su estructura, cobertura y orientación (I.A.1); se presentan algunos de los desafíos actuales respecto de la protección social para la infancia y adolescencia (I.A.2), y se caracteriza la evolución del gasto público social durante las últimas dos décadas (I.A.3). Donde la información disponible lo ha permitido, se consideró el gasto por grupos de edad. Luego, el estudio se dedica más detalladamente a los componentes claves de la matriz (transferencias, educación, salud, servicios especializados de apoyo a las familias y cuidado infantil²), destacando las políticas y los programas de mayor importancia. En educación y salud, se parte con una descripción general del marco sectorial-institucional (I.C.1 y I.D.1) en el cual se insertan las políticas y programas de promoción de acceso, retención, equidad y manejo de riesgos específicos. Se cierra el análisis de la matriz de protección social a la infancia y adolescencia con una discusión del sistema integral de protección a la primera infancia *Chile Crece Contigo* (I.G) que reúne y articula varios de los componentes claves a favor de niños y niñas desde la gestación hasta los 4 años de edad. La segunda parte establece la institucionalidad relevante, incluyendo las autoridades estatales, el proceso de formación de las políticas y los principales actores involucrados (II.A), instancias de coordinación intersectorial (II.B) y avances en la producción de conocimiento y sistemas de información sobre protección social e infancia (II.C). Finalmente, se concluye con un resumen de los principales hallazgos, reflexiones acerca de los alcances, vacíos y tensiones en términos de la protección social a la infancia y adolescencia en Chile así como un conjunto de áreas de investigación para profundizar su estudio.

² En vez de tratar la legislación relacionada con protección social a la infancia separadamente, se decidió integrar las leyes más importantes en las secciones correspondientes. Para un resumen más completo de la legislación relevante en materia de protección social de niños, niñas y adolescentes así como los derechos de mater/paternidad, véanse Anexo I y Anexo II. También es necesario señalar que no se incluyeron programas y políticas de promoción de acceso al empleo (como subsidios, servicios de capacitación y cuidado infantil) dado que estos se dirigen, casi en su totalidad, a mayores de 18 años. Probablemente esto se explica con que la educación secundaria –de la cual los adolescentes generalmente egresan a los 17/18 años de edad– tiene carácter obligatorio desde el año 2003 (Ley 19.876). La única excepción es el Programa de formación en oficios para jóvenes que se dirige, entre otros, a adolescentes a partir de los 16 años en caso de que estos tengan responsabilidades familiares.

I. Sistema de protección social para la infancia y adolescencia en Chile

A. Contexto de la protección social a la infancia y adolescencia en Chile

1. ¿Un régimen de bienestar en transición? Continuidad y cambio en la protección social chilena

Los orígenes de la protección social en Chile remontan a los años 20 del siglo pasado cuando con la creación del *Seguro Obrero Obligatorio* se cubrían las contingencias de enfermedad, discapacidad, vejez y muerte para un conjunto de trabajadores³. En las décadas siguientes la protección social se expande, si bien de manera “explosiva y desordenada” (Arenas de Mesa, 2000, pág. 12), para cubrir alrededor del 65% de la población económicamente activa en 1955 (Arellano, 1983). En paralelo, se amplía la gama de prestaciones, sumándose las asignaciones familiares, las pensiones de sobrevivencia, la licencia por maternidad y la cobertura de salud para personas consideradas como dependientes del trabajador (cónyuges e hijos/as). Como ha sido ampliamente documentado, esta primera fase de formación del Estado de Bienestar se caracteriza por un alto nivel de fragmentación institucional y estratificación de beneficios (Arellano, 1983; Mesa-Lago, 1985; SAFF, 2003): las tres aseguradoras principales⁴ cubren la mayoría de los empleados, pero rigen regímenes distintos para las fuerzas armadas y policiales. Adicionalmente, y respondiendo a la presión de grupos ocupacionales organizados, se establecen esquemas con privilegios adicionales en términos de cotizaciones y beneficios, con el resultado de que a mediados de los años 50 existen 35 seguros sociales y 150 regímenes distintos (Arenas de Mesa, 2010). Mientras, gran parte de la población campesina y de los sectores marginales urbanos queda al margen de

³ No obstante, una serie de leyes laborales fueron adoptados anteriormente, entre ellos, la obligatoriedad de salas cunas en empresas con más de 50 trabajadoras (1917) y la regulación del trabajo infantil (1912), reflejando el interés de las elites democráticas por ‘proteger’ a la familia, y asegurar la supervivencia y la salud infantil.

⁴ Estas son: el Servicio de Seguro Social (SSS), la Caja de Empleados Particulares (EMPART) y la Caja de Empleados Públicos y Periodistas (CANAEMPU).

la orientación corporativista del incipiente Estado de Bienestar chileno. Los esfuerzos desplegados por los gobiernos de Eduardo Frei Montalva (1964-70) y Salvador Allende (1970-73) para incorporar a estos sectores, unificar los distintos esquemas y garantizar la sostenibilidad financiera del sistema tuvieron éxito limitado. Como señalan Huepe y Yañez (2011), el modelo de seguridad social además privilegiaba, de manera explícita, el matrimonio y la familia ‘bien constituida’: las asignaciones familiares, la atención de salud y las pensiones de sobrevivencia, por ejemplo, cubrían solamente a la esposa legal del asegurado y sus hijos legítimos nacidos dentro del matrimonio o reconocidos.

Chile también estaba entre los pioneros de la región en la universalización de la salud y educación primaria (Mesa-Lago, 1992). A diferencia de la atención en salud que durante el siglo XIX estuvo principalmente a cargo instituciones de beneficencia, el Estado empieza a jugar un papel activo en la educación a partir de 1860 con la Ley Orgánica de Enseñanza Primaria que establece la educación primaria gratuita (Larrañaga, 2010). No obstante, no es hasta 1920 que esta se declara obligatoria. A partir de ese momento la cobertura crece de manera importante, llegando a un 60% de la población entre 6 y 14 años en 1950. El acceso a la educación secundaria, en cambio, seguía siendo el privilegio de unos pocos, cubriendo tan sólo el 15% de la población entre 15 y 19 años (ibid.). Los años 50 y 70 fueron claves en cuanto a la expansión de la cobertura educacional hacia los sectores más pobres fomentada por la creación de las primeras medidas de promoción de acceso. Se funda, por ejemplo, la Junta Nacional de Auxilio Escolar (JUNAE)⁵ que empieza a entregar alimentación en las escuelas a fin de promover la asistencia y el rendimiento de los alumnos. El gobierno de Eduardo Frei Montalva (1964-70) subraya su compromiso con la universalización bajo el lema: “Ningún niño sin escuela en 1965” (Rojas, 2010, pág. 531), y avanza en la construcción de escuelas, la formación docente y la entrega de útiles escolares. Con todo, la cobertura de la población entre 6 y 14 años llega al 96,5% en 1970, con la inmensa mayoría de alumnos matriculados en establecimientos fiscales (ibid., pág. 533). Estos esfuerzos son continuados por el gobierno de Salvador Allende (1970-73) a través de 40 medidas que se agruparon bajo el lema “El niño nace para ser feliz” (ibid., pág. 623). Si la educación primaria había sido la política más emblemática del gobierno anterior, ahora se sumaba la educación pre-escolar. Empujado por un amplio grupo de actores pertenecientes a la sociedad civil (centros de madres, sindicatos) y grupos profesionales (educadoras de párvulos, médicos) se crea la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) en 1970. A partir de esa fecha y hasta 1973 la matrícula pre-escolar crece a un ritmo anual promedio del 15% (ibid., pág. 544) y la oferta fiscal empieza a superar la oferta privada con creces – aunque la cobertura total sigue siendo baja.

A pesar de los avances hacia la universalidad, el acceso a la educación y la salud en Chile estaba fuertemente condicionado por factores socioeconómicos. Además había diferencias importantes en términos de calidad entre comunas ricas y comunas pobres, por ejemplo respecto del número promedio de alumnos por profesor (Rojas, 2010). La segmentación social del sistema educativo se vuelve un tema polémico durante el gobierno de la Unidad Popular que en su programa anuncia la estatización de los establecimientos particulares – objetivo que se abandona posteriormente en un compromiso con el Partido Demócrata-Cristiano a favor del “principio de libertad de enseñanza que se suponía garantizado con la existencia de una educación particular” (ibid., pág. 651). No obstante, y a diferencia del escenario actual, la educación pública es el pilar fundamental del sistema educativo en Chile, llevándose alrededor del 80% de la matrícula básica en 1970⁶.

En el ámbito de la salud, destaca la importancia que se le atribuye tempranamente a la salud materno-infantil, motivada principalmente por las altas tasas de mortalidad infantil que se empezaban a discutir e investigar masivamente a partir de los años 20. Una de las primeras medidas para enfrentarla se da a nivel de los seguros sociales con la instalación de una “Oficina del Niño” dentro de la Caja de Seguro Obligatorio. Esta incluía “consultorios de lactantes” que contaban con un médico, una enfermera y una visitadora social quienes examinan a los niños de los asegurados, dan instrucciones a la madre en cuanto a alimentación e higiene y controlan su cumplimiento a través de visitas a domicilio. A partir de los años 30

⁵ En 1964, cuando la entidad se institucionaliza por ley (15.720), se agrega la entrega de becas y útiles escolares a las tareas de la institución por lo cual el nombre cambia a JUNAEB (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas).

⁶ Actualmente los colegios municipales públicos absorben sólo un 43,5% de la matrícula total (véase cuadro 8).

dichos servicios se extienden mediante reglamentos estatales a nivel nacional y hacia niños y niñas en edad escolar. Sin embargo, no es hasta fines de la década que la mortalidad infantil empieza a caer decididamente – de 215 por mil nacidos vivos en 1937 a 136 en 1950 (Adriazola y Plaza, 1959 citado en Rojas, 2010, pág. 430) – consecuencia de políticas de prevención sanitaria (educación, control madre/niño, distribución de alimentos) y factores sociales como la creciente migración rural-urbana que contribuye a aumentar el acceso a servicios sociales por parte de la población. Como señala Pieper Mooney (2009), en este sistema la protección y el control social, en particular de las madres pobres, estaban íntimamente ligados. Eran los políticos y los profesionales de la salud quienes definían el ejercicio ‘correcto’ de la maternidad y asignaban responsabilidades a las mujeres a fin de impulsar el proyecto modernizador del país sin cuestionar las jerarquías de género vigentes. Aunque sin duda las mujeres (y sus hijos/as) se beneficiaban del acceso a nuevos servicios, el cuestionamiento generalizado de las prácticas de crianza de las madres pobres también conllevaba estigma social y pérdida de autonomía.

El hito clave en cuanto a la institucionalidad de la salud chilena es la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952. A partir de esa fecha tienen acceso a servicios de salud los trabajadores asegurados, sus cónyuges e hijos/as menores de 15 años, los pensionados y sus cargas familiares y los indigentes. Además, la población en su conjunto tiene acceso a atención preventiva y de urgencia (Larrañaga, 2010). El SNS homogeniza la estructura de atención de salud a nivel nacional. Con la conformación de una red territorial de servicios de distintos niveles de complejidad (hospital, centros hospitalarios, consultorios y postas rurales) se dan pasos importantes hacia la universalización de la atención. Continúa durante este período el énfasis en la intervención en el “binomio madre/hijo” que se expresa en la institucionalización y universalización de programas de cuidados prenatales, planificación familiar, y maternidades a nivel hospitalario (Faúndez, 1997; Jiménez de la Jara y otros, 1995). Durante el gobierno de la Unidad Popular además se masifica la distribución gratuita de leche a niños y mujeres embarazadas. Como consecuencia de dichos esfuerzos, la mortalidad infantil vuelve a caer de manera importante a partir de los años 60, llegando a 62 por 1000 nacidos vivos en 1973 (Rojas, 2010, pág. 500).

El golpe militar de 1973 pone fin a esta fase expansiva de la protección social. Cómo señala Arellano (1983, pág. 45) “Por primera vez desde los años 20 se produce una caída significativa y permanente de los gastos sociales”. Comienza un período de ajuste y transformación estructural que termina con el régimen corporativista y lo encamina hacia uno de corte liberal, asignándole un rol residual al accionar del Estado en materia económica y social (Larrañaga, 2010). El cambio en las políticas sociales y los principios que las subyacen es paradigmático: de un Estado protector en materia laboral y con aspiraciones universalistas en materia de salud y educación, se transita hacia un Estado subsidiario y la focalización de los recursos públicos en los más pobres. Estos principios se inscriben legalmente en la Constitución de 1980⁷ y se traducen en una re-estructuración profunda del sistema de protección social donde la eficiencia y los incentivos remplazan los principios de la solidaridad y de los derechos.

La focalización de los recursos públicos abarca todas las esferas de la protección social. Por ello, a pesar de que el gasto social se reduce, una mayor proporción de este llega a los segmentos más pobres. Además, como señala Raczynski (s/f) “por primera vez en el país, hubo programas específicos para los sectores pobres de cobertura significativa” (pág. 10): En el área de las transferencias, se crea un programa de pensiones asistenciales no contributivas (PASIS) en 1975 y se revisa el marco de las pensiones de sobrevivencia para incluir a hijos ilegítimos y sus madres – terminando con una importante fuente de discriminación⁸. En 1981 se crea el Subsidio Único Familiar (SUF), el equivalente no contributivo a la asignación familiar, focalizado en los hogares pobres. Al mismo tiempo, se fomenta la expansión de administradores y proveedores privados en los sistemas de pensiones, salud y educación. La inversión del Estado central en los servicios sociales se reduce y la administración de los consultorios y escuelas se traspasa a las municipalidades. El gasto público social en las tres áreas disminuye de

⁷ Esta define el rol del Estado en la economía como subsidiario (Art. 19, °21 y °22). También incluye una fuerte protección a las garantías individuales en el ámbito de la actividad económica y del derecho de propiedad (Art. 19, °24). Entre las garantías individuales se incluye el ‘derecho a elegir libremente’ entre los subsistemas público y privado de salud y educación (Art. 19, °9 y °10).

⁸ Es importante subrayar que en este caso la igualdad se establece sólo para efectos de subsidios. La igualdad plena de todos los hijos ante la ley –nacidos dentro y fuera del matrimonio– recién se establece en 1998 (Ley 19.585).

manera importante durante la década de los 80. Como consecuencia, la cobertura y la calidad de los servicios públicos decae y la segmentación social de los sistemas de educación y salud aumenta.

En el área de la educación se introduce un subsidio a la demanda para fomentar la competencia y la “libre elección” entre establecimientos públicos y privados. Dicho proceso se aboca en una reestructuración profunda del sistema educacional que hoy día cuenta con una altísima proporción de establecimientos particulares subvencionados y no subvencionados (véase I.C). La entrega de alimentación escolar por JUNAEB se mantiene, si bien sujeto a recortes presupuestarios reiterados, una mayor focalización y cambios en la operación (en particular la externalización de los servicios a terceros) (Rojas, 2010, pág. 710). Se fijan nuevos criterios en la atención a la primera infancia que desplazan el foco de las instituciones existentes del cuidado infantil y la educación inicial hacia la asistencia social a niños y niñas de familias en extrema pobreza, con énfasis en la desnutrición (Mideplan, 2010a). Al mismo tiempo, se crea una institución paralela de atención a la infancia, la Fundación Nacional de Ayuda a la Comunidad (FUNACO), que después del retorno a la democracia en 1990 se convertirá, bajo nuevos principios, en la Fundación INTEGRA. FUNACO ofrecía programas de corte asistencial que para su funcionamiento dependían fuertemente del trabajo voluntario así como de trabajadoras provenientes del Programa de Empleo Mínimo (PEM) cuyos salarios se encontraban significativamente por debajo del sueldo mínimo (Buvinic, 1996). Con la crisis económica de la década de los '80 se tomaron otras medidas de ‘ahorro’ fiscal que incidían en el alcance y la calidad del cuidado infantil, como era la disminución de la planta de educadoras de párvulos de la JUNJI y su remplazo por auxiliares, muchas de ellas sin estudios, así como la reducción del número de adultos cuidadores por niño (JUNJI, s/f).

En el área de la salud, la retirada del Estado fue menos drástica que en educación o pensiones debido a la resistencia más efectiva de actores de veto, en particular los gremios médicos (Castiglioni 2001). Sin embargo, aparte de la descentralización de los servicios, la creación de un mercado de la salud —a través de la instalación de un sistema privado de aseguramiento y provisión paralelo al público— ha tenido un impacto importante en términos de segmentación, calidad, financiamiento y oportunidad (véase I.D). El gasto público en salud no sólo se reduce, pero también se focaliza en niveles menos complejos. El financiamiento tripartito del seguro obligatorio es remplazado por cotizaciones pagadas solamente por parte de los trabajadores y se fomenta la participación privada en su recaudación y administración. No obstante, el énfasis en la salud materno-infantil se mantiene (si bien con una concentración en los más pobres) y los distintos programas (nutrición, control prenatal, control niño sano) se empiezan a articular entre sí (Raczynski, s/f). Al mismo tiempo, el aumento en el desempleo y la caída en los salarios reales llevaban a un deterioro general de las condiciones de vida de las familias (Meller, 1991). Si bien los indicadores de expectativa de vida, mortalidad materna, mortalidad y desnutrición siguen mejorando durante la década de los 80 (Szot, 2002), las políticas sociales focalizadas resultan insuficientes en un contexto donde las políticas macroeconómicas contribuían a un aumento marcado de la pobreza y de la desigualdad (Raczynski, 1987).

Con el retorno a la democracia, el cambio en las bases institucionales de la protección social es limitado tanto por el carácter pactado de la transición como por la convicción de las nuevas elites democráticas de que no había que remplazar el régimen liberal sino que perfeccionarlo (Castiglioni, 2005). El régimen de capitalización individual y administración privada en pensiones se mantiene; sigue modelo dual en salud; se profundiza la descentralización y se incrementan los incentivos para optar por la educación particular subvencionada. Al mismo tiempo, el gasto social aumenta de manera significativa (véase I.A.3), pese a estar sujeto a la mantención de los equilibrios macroeconómicos, relación que se expresa en el lema “crecimiento con equidad” (Arrellano, 2004). Estos recursos se inyectan en el pilar asistencial, aumentando las pensiones mínimas, no contributivas y otros subsidios; en el sistema de educación para aumentar la formación y los sueldos de los profesores (que habían deteriorado de manera dramática durante la dictadura), reformar el currículo y extender la jornada escolar; en el sistema de salud para recuperar la infraestructura de los hospitales y consultorios públicos. Con todo, los recursos destinados a la política social se multiplican por 2,4 entre 1990 y 2002 (Arrellano, 2004).

Con el nuevo milenio, se intensifican los esfuerzos por promover la equidad e inclusión social a través de políticas sociales más expansivas: se diseña un sistema integral de combate a la pobreza extrema (*Chile Solidario*), se emprenden una serie de reformas sectoriales más profundas y se hace un esfuerzo renovado por articular la oferta programática hacia la primera infancia (*Chile Crece Contigo*). En salud, se introduce un régimen de garantías explícitas de acceso, oportunidad, financiamiento y calidad a través del Plan AUGE (*Acceso Universal con Garantías Explícitas*) durante el gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006) (véase I.D.2). En este contexto empieza a surgir un discurso relativo a los derechos sociales que se retoma y profundiza durante la administración de Michelle Bachelet (2006-2010) como uno de los dos pilares conceptuales de su política de protección social: enfoque de derechos y ciclo de vida (Hardy, 2011). Como parte del primero se tratan de impulsar políticas sociales basadas en los derechos, entendiéndolas como parte de un esfuerzo deliberado por transitar de un régimen de bienestar liberal a uno de corte más social-demócrata⁹. En términos concretos, dicho enfoque se materializa en el levantamiento gradual de las restricciones presupuestarias en distintas prestaciones no contributivas¹⁰ así como la disminución de requerimientos para accederlas¹¹. El enfoque del ciclo vital se entiende como compromiso con la protección e igualdad de oportunidades “de la cuna a la vejez”. Se traduce en mejoras en la protección social de la tercera edad a través de la reforma previsional y le da un nuevo ímpetu a las políticas de protección social de la infancia, más específicamente la primera infancia (véase I.G.). En el ámbito de la educación se inyectan recursos adicionales dirigidos a escuelas y alumnos en situación de vulnerabilidad a través de la Subvención Escolar Preferencial (véase I.C.2).

2. Protección social e infancia en el Chile de hoy: algunos desafíos

Junto al crecimiento sostenido de la economía, las políticas sociales chilenas en democracia han contribuido de manera importante a la reducción de la pobreza absoluta por ingresos. Esta cayó de manera continua del 38,6% en 1990 al 14,4% en 2011. No obstante, la pobreza infantil por ingresos sigue siendo importante. Según la última Encuesta de Hogares, de los 4,4 millones de menores de 18 años en el país en 2011, más de un millón vivía en hogares pobres (CASEN, 2011). Esto indica que la incidencia de la pobreza es mayor en niños, niñas y adolescente que en la población total (23% versus 14%), siendo particularmente alta entre niños y niñas menores de 5 años. De manera correspondiente, la pobreza en hogares con población infantil más que triplica la pobreza en hogares sin niños/as (15% vs. 4%). Reflejando los patrones generales, la proporción de niños, niñas y adolescentes variaba fuertemente según región, superando el 30% en la Araucanía y Bío Bío, llegando al 20% en la Región Metropolitana, y cayendo por debajo del 15% en Antofagasta y Magallanes. Además existen brechas étnicas importantes. Así, por ejemplo, según la última Encuesta de Hogares la tasa de pobreza por ingreso en hogares indígenas es más alta que en hogares no indígenas (19,2% vs. 14,0%). Desde una perspectiva de privaciones múltiples, la situación de la infancia indígena en Chile es generalmente más favorable que en otros países de la región (Cepal y Unicef, 2012). Así, por ejemplo, las brechas en el acceso a la educación pre-escolar, básica y media no superaban los 2 puntos porcentuales. No así en la educación superior, donde la brecha sigue siendo importante (CASEN, 2011).

En términos de la estructura de los hogares, un 27% de niños, niñas y adolescentes vive en hogares monoparentales, la gran mayoría de ellos con su madre. Desde 1990, la proporción de hogares con niños/as que tiene jefatura femenina se ha más que duplicado. Estos son fenómenos que requieren respuestas, sobre todo en términos de políticas y programas de cuidado, tema que se aborda en la sección I.F.

Cabe destacar que más allá de la pobreza absoluta, la gran mayoría de los niños y niñas del país viven en hogares de bajos ingresos. De hecho, tres cuartos de la población infantil y adolescente pertenece a los primeros tres quintiles. Este dato indica que la medición de las carencias materiales en forma de una canasta básica reducida deja fuera a un gran segmento de niños, niñas y adolescentes cuyos

⁹ Entrevistas de la autora con integrantes de la administración de Michelle Bachelet.

¹⁰ Ley N° 20.203 y Ley 20.255 respectivamente. Antes, el acceso a dichos beneficios (SUF y pensión asistencial) era sujeto a cupos máximos definidos en los presupuestos por región. Como consecuencia muchos beneficiarios potenciales que reunían los requisitos quedaban en lista de espera.

¹¹ Varias de las prestaciones se extienden ahora hacia el tercer quintil de ingresos, es decir, comprenden el 60% más pobre de la población.

hogares no necesariamente disponen de recursos suficientes para enfrentarse al alto grado de mercantilización de los sistemas de educación y salud (véase I.C.1 y I.D.1). Además, el Estado y sus políticas deben garantizar un abanico de derechos –supervivencia, abrigo, educación, salud, nutrición, información, entre otros– a todos los niños, niñas y adolescentes independientemente de su nivel de ingresos. Esto incluye el acceso equitativo a servicios de calidad que responden a las diversas necesidades de la población infantil y adolescente y crean las condiciones para el pleno desarrollo de sus capacidades. Como mostrarán las secciones siguientes, Chile está aún lejos de ofrecer iguales oportunidades a sus niños, niñas y adolescentes, por ejemplo, en materia de educación y salud. Al contrario, hay una fuerte correlación entre el acceso a prestaciones de mayor calidad y los ingresos del hogar al que pertenece el o la menor.

Datos recientes de la Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia (ELPI) además señalan que los esfuerzos para combatir las inequidades se tienen que iniciar tempranamente. Dicha Encuesta –realizada en 2010 y en 2012– muestra que las diferencias en el desarrollo motor, cognitivo y socioemocional entre niños y niñas de distintos quintiles de ingreso ya se empiezan a manifestar a los seis meses de edad y se acentúan durante los primeros años de vida. Este patrón se atribuye, entre otros factores, al entorno de los niños y niñas, entre ellos el clima educacional del hogar (Bravo, 2013). En otras palabras, ya existen brechas significativas entre niños y niñas de distintos contextos socioeconómicos al entrar al sistema de educación formal. Estas brechas se reproducen y profundizan a lo largo del ciclo educativo como queda reflejado en indicadores como las tasas de asistencia, la segregación en distintos establecimientos, y los resultados en términos de aprendizajes – temas que se tratarán más detalladamente en el apartado sobre educación (véase I.C).

La maternidad adolescente constituye un factor de riesgo adicional para el desarrollo pleno de los jóvenes que encuentra su expresión más concreta en la salida precoz en el sistema educativo. En efecto, la maternidad sigue siendo el motivo principal por el cual las adolescentes de entre 13 y 17 años de edad abandonan el sistema escolar (CASEN 2011)¹². La deserción escolar, a su vez, incide fuertemente en las oportunidades futuras de las adolescentes y sus hijos/as perpetuando, potencialmente, patrones de vulnerabilidad y exclusión social. En este contexto resulta preocupante que la tasa de embarazo adolescente en Chile se ha mantenido en niveles comparativamente altos a pesar de los avances sostenidos en términos de crecimiento económico y reducción de la pobreza. En 2010, alrededor de 40,000 nacimientos –el 15,6% sobre el total– correspondía a madres adolescentes (MINSAL, 2012a). La mayoría de las madres adolescentes tienen entre 15 y 19 años de edad (15,2% en 2010). Sin embargo, hubo un aumento preocupante del orden del 12,5% en los embarazos adolescentes de menores de 15 años entre 2007 y 2009, tendencia que se revierte entre 2009 y 2010. Según datos del SERNAM, el 65% de los embarazos adolescentes se producen en los primeros dos quintiles de ingreso. Alrededor del 2005 se estimaba que sólo un tercio de las madres adolescentes continuaba sus estudios (Gubbins y otros, 2005; Minsal, 2012a). A mediados del 2012, SERNAM informaba que la tasa de deserción escolar entre las madres adolescentes era del orden del 80%¹³. La alta incidencia del embarazo y la mater/paternidad adolescente requiere de intervenciones de carácter preventivo (educación sexual; planificación familiar) y paliativo (apoyo directo a madres adolescentes). La oferta programática en ambas áreas se tratará más detalladamente en las secciones sobre educación (I.C.2) y salud (I.D.2).

Estos son algunos de los desafíos prioritarios para la protección social para la infancia y adolescencia en el contexto chileno. Para enfrentarlos se requieren necesariamente recursos fiscales destinados a dichos grupos de edad. La siguiente sección caracteriza la evolución del gasto público social durante las últimas dos décadas por sectores y y, donde la información disponible lo permite, por edad.

¹² Vale destacar que en el caso de los varones, la paternidad básicamente no aparece como una razón de no-asistencia escolar (menos del 0,5% lo indican).

¹³ <http://www.gob.cl/informa/2012/04/23/ministra-del-sernam-lanza-importante-programa-para-terminar-con-el-80-de-desercion-escolar-en-madres.htm>.

3. Gasto social y gasto social en infancia

Desde el retorno a la democracia en 1990, el gasto social en Chile ha crecido sostenidamente en términos absolutos (+7.6%) y per cápita (+6.1%). Asimismo ha crecido su peso relativo a otras partidas del gasto público, crecimiento que se acelera levemente durante la última década: entre 2001 y 2009, el gasto público social promediaba el 67.3% del gasto público total en comparación con el 64.4% durante la década anterior (Rodríguez y Flores, 2011). Con eso, Chile se encuentra entre los países donde el gasto social tiene una alta prioridad fiscal, junto a Argentina y Costa Rica (Cepal, 2009). Como porcentaje del Producto Interno Bruto, en cambio, el gasto social se ha mantenido relativamente estable (13.2% de 1990-2000 versus 14.0 de 2001-2009). Estas cifras se pueden considerar bajas considerando el nivel de desarrollo del país: están por debajo del promedio regional ponderado (18.0% en 2007/8) y del promedio de la OCDE (19.3% en 2007) (Cepal, 2010; OCDE, 2007). De esta manera, Chile integra el grupo de países con gasto social *medio* donde comparte, junto a México, con un conjunto de países mucho más pobres (Cepal, 2009)¹⁴. Como muestra el cuadro 1 en otros países de la región (como Argentina, México o Uruguay) con un ingreso per cápita más parecido al chileno, el gasto social es bastante mayor (tanto per cápita como porcentaje del PIB).

CUADRO 1
INDICADORES DE GASTO SOCIAL 2007/2008, PAÍSES DEL CONO SUR

País	Gasto público social (% PIB)	Gasto público social (US\$ per cápita)	Gasto público social (% gasto total)
Argentina ^a	21,9	2 108	63,6
Brasil	24,7	1 083	73,5
Chile	13,2	818	66,3
México	12,1	856	64,1
Uruguay ^b	21,8	1 686	73,4

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama social de América Latina 2010*, Santiago de Chile, 2010.

^a Gasto General.

^b Gasto del Gobierno Central.

No obstante sus niveles y a diferencias de muchos países de la región, destaca la alta progresividad del gasto público social en Chile (Rodríguez y Flores, 2011). Esta ha sido confirmada para los distintos componentes del sistema de protección social (Robles, 2011). Los subsidios y las transferencias monetarias en especial se concentran en los hogares más pobres. Como consecuencia, ayudan a mitigar la pobreza absoluta y tienen un impacto levemente positivo en la distribución del ingreso (ibid.). Sin embargo, como se puede apreciar en el gráfico 1, el impacto agregado de los tributos y transferencias es limitado cuando se considera la pobreza relativa (% hogares con ingresos inferiores al 40% del ingreso mediano).

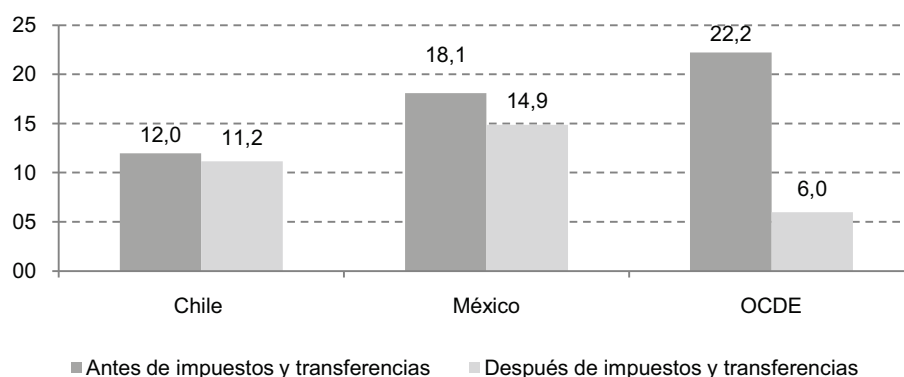
En términos de las partidas funcionales, el gasto social chileno también ha ido cambiando a través de las últimas dos décadas: en particular, ha crecido paulatinamente el peso relativo del gasto en educación y salud frente al gasto en protección social¹⁵. En 2008 la protección social seguía siendo el componente más importante del gasto público social (45% vs. 64% en 1990), seguido por educación (27% vs. 18% en 1990) y salud (24% vs. 15% en 1990) (Rodríguez y Flores, 2011).

¹⁴ Estos son: El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay.

¹⁵ El gasto público social por cartera se detallará en los capítulos respectivos sobre educación, salud y transferencias monetarias.

El gasto público destinado a la infancia y adolescencia constituye una medida importante para evaluar los esfuerzos hacia la concreción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes (Curcio, Goldschmid y Robba, 2013). En Chile, gran parte del gasto en protección social es absorbido por las prestaciones para la tercera edad (en promedio un 75% entre 1990 y 2009), aunque la importancia relativa de este grupo ha ido disminuyendo (Rodríguez y Flores, 2011). El gasto en servicios para familias e hijos, en cambio, representaba sólo un 9% del gasto total en protección social durante el mismo periodo. Este “desbalance etario” (Rossel, 2013) también queda reflejado en cifras recogidas por la OCDE que desagregan el gasto público social por etapa en el ciclo vital (OCDE, 2011a). En 2007, el patrón del gasto en los distintos grupos de edad en Chile era similar al promedio de la OCDE: casi la mitad del gasto público social iba dirigido a la población mayor de 65 años a pesar de que esta representa menos del 10% de población total (Adema, 2011). Contrasta el caso de México que gasta relativamente más en la infancia y adolescencia¹⁶.

GRÁFICO 1
POBREZA (40% DEL INGRESO MEDIANO) ANTES Y DESPUÉS DE IMPUESTOS Y TRANSFERENCIAS
(APROX. 2009)



Fuente: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), *OECD Stat*. <http://stats.oecd.org>

Dentro del grupo de 0 a 17 años, la OCDE distingue entre la infancia temprana (0-5 años), la infancia media (6-11 años) y la infancia tardía o adolescencia (12-17 años) para analizar la distribución del gasto público social en los distintos grupos de edad. En Chile, éste se concentra fuertemente en el grupo medio que absorbe casi la mitad del gasto público social en infancia¹⁷. Si el gasto social en infancia se desagrega por tipo de prestación, queda en evidencia que esto se debe principalmente al gasto en educación. Las transferencias monetarias, en cambio, se concentran en la temprana infancia (antes del año), reflejando el gasto en licencias maternales.

Es importante para el caso de Chile que estas cifras no consideran en el gasto público social en salud, sector que históricamente ha tenido una fuerte orientación hacia la salud materno-infantil y por tanto es probable que al incluirlo aumentarían tanto el gasto promedio por niño/a como la proporción dedicada a la temprana infancia.

B. Transferencias monetarias

Las transferencias monetarias en Chile se dirigen, en su totalidad, a los hogares siendo sus beneficiarios directos adultos que acceden o *por concepto de seguridad social* (afiliación a un régimen previsional) o por concepto de asistencia social (*condición de pobreza y/o vulnerabilidad*) según sea el caso. De

¹⁶ Las prestaciones incluidas en estos perfiles son: transferencias monetarias y beneficios tributarios para fines sociales, servicios, cuidado infantil y educación (véase OCDE, 2008, Anexo 3).

¹⁷ OECD Child wellbeing module: <http://www.oecd.org/social/familiesandchildren/48967917.pdf>.

acuerdo al objetivo del estudio se destacan dos tipos de transferencias relevantes: i) aquellas transferencias *causadas por la presencia de niños, niñas o adolescentes en el hogar* (asignación familiar, subsidio único familiar, subsidio a la discapacidad mental) y ii) aquellas que *incorporan condicionalidades y/o objetivos relacionados a la presencia de niños, niñas o adolescentes en el hogar* (Chile Solidario, Asignación Social, bonos relacionados al nuevo Subsistema de Protección y Promoción Social) y que generalmente se insertan en programas más amplios de combate a la pobreza con servicios especializados asociados.

1. Asignaciones y subsidios familiares

La **Asignación Familiar (AF)** consiste en un monto de dinero por cada carga familiar acreditada por un trabajador dependiente, pensionado o trabajador independientes afiliado a un régimen de previsión. Entre las cargas familiares causantes de la asignación se encuentran los hijos naturales y adoptados hasta los 18 años; hijastros y discapacitados de cualquier edad; nietos y bisnietos; huérfanos de padre y madre o abandonados por éstos. El monto de la asignación descende en la medida que el ingreso mensual aumenta (variando de entre \$1.600 y \$7.170) y se extingue al llegar a un ingreso mensual de \$480.162¹⁸. Además se contempla una asignación maternal (del mismo monto que la familiar) para la trabajadora embarazada a partir del quinto mes, extendiéndose con efecto retroactivo por el período completo de la gestación, hasta el nacimiento del hijo.

El **Subsidio Único Familiar (SUF)** es una transferencia no contributiva equivalente a la asignación familiar, dirigida a hogares pertenecientes al 40% más pobre del país con niños menores de 18 años. Los beneficiarios directos son la madre (en su defecto el padre), los guardadores o personas que tienen a su cargo un menor de 18 años así como las personas naturales que tienen a su cargo a discapacitados mentales de cualquier edad y que vivan a sus expensas. Al igual que en el caso de la asignación familiar, el SUF también se entrega a las mujeres embarazadas a partir del quinto mes con efecto retroactivo por el período completo de la gestación, hasta el nacimiento del hijo. El monto es de \$7.170 (aprox. 15 US-\$)¹⁹.

El único subsidio que sí define como beneficiario al niño, la niña o el/la adolescentes es el **Subsidio a la Discapacidad Mental (SDM)**. Sin embargo, las personas discapacitadas se benefician “por intermedio de las personas que los tengan a su cargo” (Ley 20.225). Además se trata de un subsidio focalizado, dependiente tanto de los ingresos de la persona discapacitada como de los de su hogar. En este sentido no constituye un derecho autónomo. Además es incompatible con la asignación familiar y el SUF. El monto es de \$54.000 (aprox. 110 US-\$). El año 2010, el beneficio se pagó a un promedio de 22.302 personas (Dipres, 2011e).

Ninguna de estas prestaciones es universal, siendo su aplicación siempre sujeta a los ingresos del hogar. Sin embargo, en materia del Subsidio Único Familiar (SUF) al igual que en el caso de la Pensión Básica Solidaria (PBS) se avanzó en términos de garantizar el acceso al menos para los hogares que reúnen los criterios de focalización, al establecer la *automaticidad* de su entrega²⁰. Antes, el acceso a dichos beneficios estaba sujeto a cupos máximos definidos en los presupuestos por región. Como consecuencia muchos beneficiarios potenciales que reunían los requisitos quedaban en lista de espera. En el caso del SUF, éste se entrega desde el 2008 a todas las madres y niños que cumplen con los requisitos de acceso. Esta medida aumentó de manera significativa el número de beneficiarios, de un número promedio mensual de 461.773 Subsidios Familiares pagados en 2007 a un número promedio mensual de 861.832 Subsidios Familiares pagados en 2010, y avanza hacia la universalidad y no-exclusión en la gestión de dichos beneficios.

¹⁸ Según el Instituto de Previsión Social (IPS), la asignación también corresponde a las instituciones del Estado, o reconocidas por el Estado, que tengan a su cargo la crianza y mantención de niños huérfanos, abandonados o inválidos así como a las personas naturales que tengan menores a su cargo en virtud de una medida de protección dispuesta por resolución judicial (<http://www.ips.gob.cl/nuestros-servicios/servicios/asignacion-familiar/117-informacion-general>).

¹⁹ Además de la transferencia monetaria, los causantes del SUF tienen derecho de acceder, en forma gratuita, a prestaciones médicas y odontológicas en el sistema público de salud.

²⁰ Ley N° 20.203 y Ley 20.255 respectivamente.

2. Programas de transferencias monetarias

Durante la última década, el programa emblemático de combate a la pobreza extrema en Chile ha sido **Chile Solidario (CHS)**. Creado en el año 2002, CHS es, en realidad, mucho más que una transferencia monetaria. Como constatan Larrañaga y Contreras (2010), a diferencia de otros programas en la región, “la transferencia en dinero (...) es un componente secundario” (p. 47) del sistema que pretende *activar y promover* las capacidades de las familias participantes a través del acompañamiento psicosocial por un profesional o técnico social y *articularlos* con una serie de ofertas sociales de distintos sectores (salud, educación, trabajo, etc.). Es por ello que no se define como programa, sino como *sistema* de protección social²¹ que incluye: i) el acompañamiento psicosocial; ii) el acceso a un conjunto de prestaciones monetarias existentes, iii) el acceso preferente a programas sociales, y vi) dos bonos específicos de CHS: el “bono de protección a la familia” para cubrir los costos de transacción en el acceso a los programas y servicios sociales y el “bono de egreso”²².

CHS nace a partir del Programa Puente administrado por el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS) e implementado por las municipalidades del país. Este programa ya brindaba apoyo psicosocial a través de las Unidades de Intervención Familiar (UIF) instaladas a nivel municipal y se convierte en puerta de entrada al sistema Chile Solidario (Robles, 2011). Su eje central es el trabajo personalizado con las familias en extrema pobreza y sus integrantes a fin de promover el desarrollo de las habilidades necesarias para satisfacer las condiciones mínimas de calidad de vida y fortalecer la vinculación efectiva de los beneficiarios con los mecanismos de protección social existentes (Raczynski, 2008). Para lograrlo, la familia es acompañada por un/a profesional o técnico del área social quien cumple el rol de ‘apoyo familiar’ durante un período de dos años a través de visitas domiciliarias regulares. El apoyo familiar es entendido como un elemento promotor quien apoya el desarrollo de capacidades –de autodiagnóstico, análisis de alternativas, negociación de opciones al interior del sistema familiar, definición de metas, construcción de proyectos y compromisos de acción– que permiten a las familias aprovechar los recursos disponibles para superar su condición de extrema pobreza (Unicef, 2006). Con este objetivo se firma un contrato de compromiso recíproco en el cual se definen las áreas prioritarias para lograr avances en las condiciones mínimas establecidas por el programa. También constituye el principal vínculo entre la familia y la red institucional a nivel local.

Basado en un enfoque multidimensional de la pobreza y vulnerabilidad, CHS identifica 79 condiciones mínimas agrupadas en siete dimensiones –salud, educación, habitabilidad, trabajo, ingresos, dinámica familiar e identificación– que se deben haber logrado al egresar del sistema (Raczynski, 2008). En cada una de estas áreas, las familias que participan en CHS llevan a cabo un diagnóstico inicial y establecen un conjunto de compromisos con los apoyos familiares –profesionales o técnicos del área social– que los acompañan en el proceso.

Este compromiso es de carácter mutuo, es decir, los beneficiarios se comprometen a trabajar hacia estos logros, mientras el sistema les ofrece acceso preferencia a los beneficios y programas sociales en cada una de estas áreas. De esta manera, los beneficiarios del programa tienen el acceso garantizado a una serie de subsidios, como son el Subsidio Único Familiar (SUF), el Subsidio a la Discapacidad Mental (SDM) la Pensión Básica Solidaria (PBS) para mayores de 65 años, el subsidio al pago del consumo de agua potable, la subvención escolar preferencial y pro retención escolar que se paga directamente a los establecimientos que mantengan como alumnos regulares a los hijos de familias CHS (Robles, 2011). Asimismo acceden a los programas y servicios ofrecidos por distintas instituciones públicas de las áreas de salud, trabajo, vivienda, justicia, entre otros (programas de capacitación laboral, nivelación de estudios, rehabilitación de drogas, prevención de violencia intrafamiliar, mejoramiento de vivienda, salud bucal para escolares, habilidades parentales, alimentación y reforzamiento escolar, etc.). Hacia el año 2009, el sistema había atendido a más de 300 mil familias (Larrañaga y Contreras, 2010).

²¹ La concepción como sistema intersectorial y articulador es el aspecto más innovador de Chile Solidario que informó también el diseño del Sistema de Protección Social a la Infancia Chile Crece Contigo descrito más adelante (I.G.).

²² Véase, <http://www.chilesolidario.gob.cl/sist/sist2.php>.

El componente de acompañamiento familiar ha sido destacado como uno de los elementos más innovadores y efectivos de los programas de transferencia (Larrañaga y Contreras, 2010; Cecchini y Martínez, 2011) al vincular a las familias con la oferta de servicios y prestaciones y promover el desarrollo de capacidades de auto-sustento y auto-cuidado²³. El Programa Puente también ha sido destacado como una expresión del enfoque de derechos que se adscribe CHS al incorporar “en el diálogo con las familias una pedagogía de los derechos sustentada básicamente en el fortalecimiento de las capacidades familiares para incorporarse a la red de servicios y exigir su cumplimiento” (Unicef, 2007)²⁴. Asimismo la mayoría de los beneficiarios de CHS asocian el sistema con el componente Puente y tienden a evaluarlo de manera muy positiva (Nun y Trucco, 2008). El hallazgo que, en términos de las condiciones mínimas, las ganancias del programa tienden a concentrarse al principio de la intervención y a decrecer en las etapas siguientes (Larrañaga y Contreras, 2010) indica la importancia del apoyo familiar y sugieren que un trabajo de largo plazo podría aumentar la sostenibilidad o no revisión de los logros.

Al tratarse de un conjunto de prestaciones dirigidas a las familias, el sistema no declara, de manera explícita, a los niños/as y adolescentes como sujetos prioritarios de su intervención. Sin embargo, establece una relación directa de derechos y deberes entre las familias, los niños y el Estado a través de las condiciones mínimas. Varias de ellas tienen que ver con la garantía de derechos de niños/as y adolescentes tanto dentro del hogar como en el acceso a los servicios sociales fuera de él, entre ellos la asistencia regular a controles médicos, el acceso a la educación (incluida la pre-escolar), el derecho a la identidad, y la mantención de los lazos familiares en caso de internación o privación de libertad. De esta manera comprometen tanto a la familia como al Estado de cumplir con su mandato de protección. De acuerdo a Tello (2003), “las condiciones mínimas constituyen una mirada integral de la realidad de los niños y adolescentes en extrema pobreza, en que se establece un sistema de protección y asistencia que tiene significativas similitudes con el propuesto por la CDN” (p. 41). Entre ellas se encuentran las condiciones mínimas relacionadas a los controles de salud de las embarazadas y niños menores de 6 años (derecho a la salud), la asistencia a establecimientos educativos escolares y preescolares (derecho a la educación y a instalaciones de guarda para niños/as cuyos padres trabajan), y la inscripción en el registro civil (derecho a la identidad). Las condiciones mínimas de la dimensión dinámica familiar también reflejan varios de los derechos que la CDN pretende proteger al constituir a los padres como responsables primordiales de la crianza y del desarrollo del niño/a que deben contar con la asistencia apropiada por parte del Estado. Además, las evaluaciones del programa han documentado que en términos de resultados, CHS incide positivamente en las condiciones de vida de los menores a través de mejoras en indicadores tales como la matrícula escolar para niños/as de 6-14 años y la asistencia de los menores a los servicios de la salud pública (Matorano y Sanfillipo, 2012).

Como parte de su programa de gobierno, la actual administración creó un nuevo conjunto de prestaciones dirigidas a combatir la pobreza. Se trata del **Subsistema de Protección y Promoción Social (SPPS)** – más conocido en el debate público por el Ingreso Ético Familiar – aprobado por ley (20.595) en mayo del 2012 (BCN, 2012a). Se inserta en el Sistema Intersectorial de Protección Social (creado en 2009 por la Ley 20.379) que ya incluye CHS y el *Subsistema de Protección Integral a la Infancia* (Chile Crece Contigo)²⁵.

El nuevo subsistema consiste en varios componentes (véase cuadro 2), la mayoría de ellos dirigidos a familias en situación de pobreza extrema. El ingreso de todos los beneficiarios se efectúa a través del Programa Eje que acompaña a los usuarios durante su participación, diagnosticando y evaluando su desempeño y logros alcanzados.

²³ Existe un amplio debate sobre el impacto de género de los programas de transferencias que en la mayoría de los casos se entregan a mujeres por ser consideradas mejores administradoras de recursos. Mientras algunos destacan que el acceso a recursos propios puede tener un impacto positivo en su autonomía, otros señalan el riesgo de (sobre)cargar a las mujeres pobres con el cumplimiento de las corresponsabilidades. Véase Serrano (2005a, 2005b).

²⁴ Vale destacar, sin embargo, que el mismo estudio arroja una baja conciencia de derechos entre los participantes de los programas de transferencia lo que reduce el potencial de su exigibilidad.

²⁵ El Sistema Intersectorial de Protección Social fue creado con el espíritu explícito de incorporarles componentes y subsistemas adicionales a futuro (BCN, 2009).

CUADRO 2

COMPONENTES DE LA LEY QUE CREA EL SUBSISTEMA DE PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN SOCIAL

Componente	Descripción
Programa Eje (art. 5°)	- Dirigido a todos los usuarios del Subsistema (puerta de ingreso). - Propone a cada usuario la participación en el o los programas contemplados en el Subsistema (plan de intervención) - Evalúa su desempeño y logros alcanzados durante su participación en el programa
Programa de Acompañamiento Psicosocial (art. 6°)	- Dirigido a los usuarios del Subsistema, según lo determine el plan de intervención definido en el Programa Eje. - Objetivo: “promover el desarrollo de las habilidades y capacidades necesarias que permitan a los usuarios su inclusión social y desenvolvimiento autónomo, de manera de contribuir al logro de los objetivos del plan de intervención definido en el Programa Eje”
Programa de Acompañamiento Sociolaboral (art. 7°)	- Dirigido a los usuarios del Subsistema que sean mayores de edad; que no se encuentren estudiando o en caso de estarlo, que sus estudios sean compatibles con la participación en el Programa; y, que se encuentren en condiciones de trabajar, según se determine en el Programa Eje. - Objetivo: mejorar la capacidad de los usuarios para generar ingresos en forma autónoma, el mejoramiento de sus condiciones de empleabilidad y participación en el ámbito laboral.
Transferencia monetaria no condicionadas ('dignidad')	Dirigidos a los usuarios que se encuentran en situación de pobreza extrema .
Transferencia Monetaria Base (art. 13°)	- Se entrega mensualmente por un período máximo de 24 meses - Es compatible con cualquier otro subsidio que entregue el Estado
Subsidios por dignidad (art. 14°)	- Subsidio al pago de consumo del agua - Subsidio pro-retención escolar - Bono de protección (para los participantes del programa de acompañamiento psicosocial)
Transferencias monetarias condicionada ('deberes') (art. 15°)	- Dirigidos a los usuarios que se encuentran en situación de pobreza extrema. - No se especifican los deberes o las condicionalidades en el proyecto ley, más allá de “determinadas condicionantes en las áreas de educación, salud u otras” y quedan, por tanto sujetas a definición por reglamento.
Transferencias monetarias por desempeño ('logros')	Dirigidos a los usuarios que se encuentran en situación de pobreza extrema .
Bonos por logros del subsistema (art. 18°)	- Bono por Graduación de Enseñanza Media para mayores de 24 años - Bono por egreso anticipado el programa de acompañamiento sociolaboral
Bono por esfuerzo (art. 19)	Dirigido a miembros del 30% de los hogares más pobres “que logren desempeños destacados o de superación, en áreas tales como educación, salud, empleo, ahorro u otras que establezca el reglamento”.
Subsidio al Empleo de la Mujer (art. 20)	- No se detallan logros específicos en el proyecto ley que junto con el monto, la periodicidad y las condiciones de pago quedan sujetas a definición por reglamento. - Dirigido a mujeres trabajadoras dependientes e independientes de entre 25 y 60 años de edad pertenecientes al 40% de los hogares más pobres así como a los empleadores que las contratan. Tiene una duración máxima de 24 meses continuos o discontinuos.

Fuente: Elaboración propia en base a BCN (2012).

Dos de los componentes se dirigen explícitamente a las familias en situación de extrema pobreza: i) la entrega de un conjunto de transferencias monetarias condicionadas (por 'deberes' y por 'logros') y no condicionadas ('dignidad') por un período de 24 meses; y(ii) los programas de acompañamiento psicosocial y sociolaboral que tienen una duración mínima de 3 meses y una duración máxima de 24

meses cada uno (Vargas, 2012)²⁶. La combinación de estos beneficios es flexible y se determina al ingresar al subsistema por el denominado Programa Eje. Las prestaciones mencionadas se dirigen a la misma población objetivo que CHS²⁷. La diferencia principal entre ambos sistemas reside, primero, en que el SPPS brinda una base monetaria considerablemente mayor que CHS y por tanto un alivio a la pobreza extrema más inmediato (ubicando a los destinatarios por sobre la línea de extrema pobreza). Segundo, el SPPS pone mayor énfasis en el ‘esfuerzo’ de los beneficiarios al introducir una serie de transferencias condicionadas al cumplimiento de ‘deberes’ o al alcance de ‘logros’. Tercero, el SPPS pone mayor énfasis en la promoción de las capacidades de generación de ingresos autónomos, ya que crea un componente especial para la habilitación sociolaboral.

Además, se introducen dos componentes dirigidos a un conjunto más amplio de la población dentro del llamado ‘pilar de los logros’. Se trata del Bono por Esfuerzo – destinado a personas pertenecientes al 30% más pobre – y el Subsidio al Empleo de la Mujer – dirigido a las mujeres trabajadoras del 40% más pobre. Premian el rendimiento (en salud, educación, empleo, ahorro u otros) y la inserción laboral de la mujer respectivamente. Si bien este grupo de mujeres tiene, en principio, derecho a acceder las salas cunas y jardines infantiles de JUNJI e Integra (véase I.F.1), el nuevo subsistema no tematiza de manera explícita el posible conflicto entre trabajo remunerado y cuidado infantil.

CUADRO 3
COMPONENTES, MONTOS Y CRITERIOS DE LA ASIGNACIÓN SOCIAL

Componente	Miembros elegibles	Montos per cápita
Asignación Base	Todos los miembros del hogar	Puntaje Ficha de Protección Social (FPS): - Menor o igual 2.515: \$ 7.500 - Entre 2.516 y 3.207: \$ 6.000 - Mayor a 3.208 y menor o igual a 4.213: \$ 4.500
Asignación por Escolaridad (Matrícula)	Hijos/as entre 6 y 18 años	Puntaje FPS - Menor o igual 2.515: \$ 5.000 - Entre 2.516 y 3.207: \$ 4.000 - Mayor a 3.208 y menor o igual a 4.213: \$ 3.000
Asignación por Escolaridad (Asistencia)	Hijos/as entre 6 y 18 años	Puntaje FPS - Menor o igual 2.515: \$ 5.000 - Entre 2.516 y 3.207: \$ 4.000 - Mayor a 3.208 y menor o igual a 4.213: \$ 3.000
Asignación por Control Niño Sano	Hijos/as entre 0 y 5 años	Puntaje FPS - Menor o igual 2.515: \$ 5.000 - Entre 2.516 y 3.207: \$ 4.000 - Mayor a 3.208 y menor o igual a 4.213: \$ 3.000
Asignación por Logros Académicos	Hijos/as entre 10 y 18 años (5° básico a 4° medio) que pertenezcan al 15% de mejores notas de su promoción	\$50.000 por cada niño (se paga una sola vez)
Asignación por Inserción Laboral de la Mujer	Mujeres mayores de 18 años que cumplen con requisitos de cotización	Promedio remuneraciones en cotizaciones abril-octubre 2011: - Igual o menor a \$ 172.000: 10% del promedio multiplicado por 3 - Mayor de \$ 172.000 y menor o igual a \$ 215.000: \$ 51.600 - Mayor de \$ 215.000 y menor a \$ 387.000: \$ 17.200 menos 10% de diferencia entre promedio y \$215.000. El resultado se multiplica por 3.

Fuente: Elaboración propia en base a Vargas (2011) e información actualizada del Ministerio de Desarrollo Social.

²⁶ Como señalan Cecchini, Robles y Vargas (2012), el componente sociolaboral constituye un elemento interesante en cuanto responde a una de las debilidades detectadas en CHS: las estrategias de salida de la pobreza que se sostienen en el tiempo a través de una mayor capacidad de generación de ingresos autónomos.

²⁷ Según las disposiciones transitorias de la ley, una vez que opere el nuevo Subsistema, “no se admitirán nuevos ingresos al Subsistema “Chile Solidario”” (BCN, 2012a, pág. 567).

Como primera fase del SPPS, desde marzo 2011 ejecuta la entrega de una nueva transferencia monetaria de carácter no contributiva, focalizada durante su primera etapa en los beneficiarios de CHS (Robles, 2011). La **Asignación Social** consiste en una asignación base y bonificaciones adicionales que premian los logros de la familia beneficiaria en cuatro áreas –control de salud de los niños menores de 6 años, matrícula y asistencia a la educación básica y secundaria, logros académicos e inserción laboral de la mujer– y cuyo monto depende del puntaje de la Ficha de Protección Social (véase Cuadro 3)²⁸.

Las asignaciones se entregan al beneficiario del bono de protección o egreso CHS, es decir, un adulto del hogar. Al existir más de un adulto que recibe bono de protección o egreso o de lo contrario ningún integrante de la familia los esté recibiendo, las asignaciones se entregan a la madre, la mujer jefa de hogar o la pareja del jefe de familia. Sólo en los casos de familias donde ningún adulto sea de sexo femenino mayor de 18 años, la AS podrá ser pagada a un miembro de la familia de sexo masculino mayor de 18 años. En caso que no sean aplicables ninguna de las anteriores, la AS podrá ser pagada a quien tenga a su cuidado un menor de edad respecto de quien se le haya otorgado judicialmente, en forma temporal o permanente, el cuidado personal²⁹.

Como se desprende del cuadro 3, cuatro de las cinco bonificaciones adicionales están asociadas con el cumplimiento de requisitos o logros relacionados a la infancia y adolescencia: la asignación por control del niño sano (primera infancia); las asignaciones por matrícula y asistencia (infancia y adolescencia); y la asignación por logro académico (infancia y adolescencia).

Claramente los montos de la asignación base (no condicionada) son significativamente mayores a los de los bonos asociados por CHS (Robles, 2011). Sin embargo, como tendencia general el programa parece alejarse de la lógica de CHS donde las condiciones mínimas reflejan una concepción más multidimensional e integral de la indigencia y el trabajo directo con las familias –no los incentivos monetarios– constituye el eje central para superarla. Si bien las asignaciones por controles de salud, asistencia y permanencia escolar pueden funcionar como incentivos para que la familia cumpla con sus responsabilidades hacia el niño/a, el programa no conceptualiza a los niños como sujetos de derechos con autonomía progresiva: se trata de metas fijadas *por* el programa *para* el beneficiario y no en conjunto con él o ella. Respecto de las asignaciones por logros, la expectativa de que los integrantes de las familias más pobres logren resultados académicos sobresalientes (en el caso de los niños/as y adolescentes) o una inserción exitosa en el mercado laboral formal (en el caso de las mujeres) parece problemática al basarse en el supuesto que el factor más relevante para lograr dichas metas es la motivación individual sin problematizar otras barreras de acceso, particularmente por el lado de la oferta (existencia de educación y empleos de calidad para la población objetivo). Finalmente, la integralidad del programa dependerá en gran medida de cómo las asignaciones se articulen con los otros servicios previstos por el SPPS (acompañamiento sociolaboral y psicosocial) así como con la oferta de programas existentes, el Programa Puente en particular.

En resumen, todas las prestaciones monetarias aquí discutidas son focalizadas y sujetas a una evaluación de los ingresos del hogar. Los programas de transferencia –como CHS o la Asignación Social– además se conciben como intervenciones limitadas en el tiempo cuyo término no coincide necesariamente con que la familia haya efectivamente salido de la indigencia económica. Un avance significativo en este sentido constituye la automaticidad del SUF a mujeres embarazadas y niños/as menores de 18 años pertenecientes al 40 por ciento más pobre, introducida en 2008. En este caso, se pretende alcanzar universalidad en la gestión de la transferencia y el derecho de acceder a ella no se extingue mientras el hogar de la gestante o del niño/a sigue en el tramo de ingreso definido³⁰. En términos de la focalización por tramos de edad, se presenta un cuadro bastante equilibrado: mientras las transferencias del primer tipo normalmente cubren a todos los grupos de edad (0-18 años), los programas de transferencia también incluyen objetivos o condicionalidades que dicen relación con la protección

²⁸ Para una descripción detallada de la FPS, véase Herrera et al. (2010). A partir del año 2013, empieza a regir la nueva ficha social con metodología modificada (véase, <http://www.nuevaficha.gob.cl/>).

²⁹ <http://as.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/views/html/beneficiario.php>.

³⁰ Esto a diferencia de los PTCs que normalmente tienen una duración definida no sujeta a haber salido de la pobreza económica de manera definitiva.

social de la primera infancia (controles de salud), la infancia (educación básica) y la adolescencia (educación media).

Lo anterior también aplica a los bonos creados en el marco de la Ley que crea el SPPS. A pesar de que su nombre inicial –Ingreso Ético Familiar– sugería cierta semejanza con el concepto de la renta básica universal, el SPPS sigue focalizado en familias en extrema pobreza y se concibe como un apoyo temporal. Con esto se perdió la oportunidad de seguir avanzando hacia intervenciones más universales que se dirigen a poblaciones que se pueden considerar vulnerables no sólo de estar, sino también de *caer* en la pobreza más allá de si se encuentran la situación pobreza o indigencia al momento de ingresar al programa. Se discontinúa, en este sentido, la incorporación de los quintiles medios desprotegidos que comenzó con las reformas de la administración anterior (las pensiones solidarias o el acceso al cuidado infantil por ejemplo, se dirigen a los hogares pertenecientes al 60% más pobre) que se basaban en el hallazgo de que la pobreza en Chile es un fenómeno dinámico con alto grado de rotación. El SPPS es, en este sentido, un programa poco ambicioso para un país como Chile que cuenta con capacidades económicas y administrativas para tejer una red de protección social más completa (Cecchini, Robles y Vargas, 2012).

Además queda abierto si el programa de apoyo psicosocial del nuevo sistema mantendrá la concepción de la indigencia como carencia multidimensional y violación de una serie de derechos sociales interdependientes, varios de ellos relacionados a la infancia, así como la pedagogía del diálogo y de la reciprocidad que caracterizan el trabajo de los apoyos familiares del Programa Puente. Al menos a nivel de lenguaje, la nueva ley hace más hincapié en conceptos como la dignidad, los deberes y los logros que en los derechos. La introducción de condicionalidades mucho más reducidas (a los controles de salud y la asistencia escolar) y el énfasis en el esfuerzo individual en la superación de la indigencia (asignaciones por logros) también lo parecen alejar no sólo de una gestión basada en los derechos sino también de un abordaje más integrado de las múltiples vulnerabilidades de los niños/as y adolescentes pertenecientes a hogares indigentes. Finalmente, muchos aspectos del programa quedan sujetos a la reglamentación posterior por el Ministerio de Desarrollo Social y su implementación a nivel municipal.

C. Sistema, políticas y programas de educación³¹

1. El sistema de educación chileno

El marco legal del sistema de educación en Chile es dado por la Constitución de la República y por la Ley Orgánica Constitucional de Educación (LOCE), remplazada por la Ley General de Educación (LGE) en 2007. La primera establece que el Estado tiene el deber de promover el desarrollo de la educación en todos sus niveles (art. 19 N° 10 inc. 6), incluida la pre-escolar y de financiar un sistema gratuito que asegure la cobertura de toda la población (art. 19 N° 10 inc. 5). La segunda “media la relación entre el Estado y los privados, y define las obligaciones de cada uno a fin de que se cumpla la libertad de enseñanza bajo parámetros de medición de calidad” (Amar 2007, pág. 8)³². Actualmente forman parte del sistema de educación la educación parvularia (0-5 años), básica (6-13 años) y secundaria (14-17 años), siendo obligatoria la asistencia a los últimos dos niveles³³.

En términos del gasto se observa una tendencia creciente tanto del gasto público como del gasto privado en educación entre 1990 y 2010. Durante ese período, el gasto público en educación aumentó de 2,3% a 4,4% del PIB³⁴. Si bien el gasto en educación ha crecido en importancia y constituye una parte importante del gasto social en Chile su valor relativo al producto del país se encuentra por debajo del promedio de la región y muy por debajo del promedio de la OCDE (Cepal, 2010; OCDE, 2011b). En términos de la matriz institucional del sector parece importante destacar el alto gasto privado, es decir,

³¹ De acuerdo al alcance del estudio se hace referencia a la educación para niños y niñas de entre 4 y 17 años, edad que en Chile corresponde a los tres niveles educativos (educación pre-escolar, básica, media). Se excluye la educación superior; el grupo de edad hasta los 4 años se tratará en la sección sobre cuidado infantil (I.F.1).

³² Con la LGE se establece, entre otras cosas, la garantía, por parte del Estado, de acceso gratuito y financiamiento fiscal de la educación pre-escolar de niños y niñas de 5 años. La LOCE sólo reconocía la educación básica, media y superior.

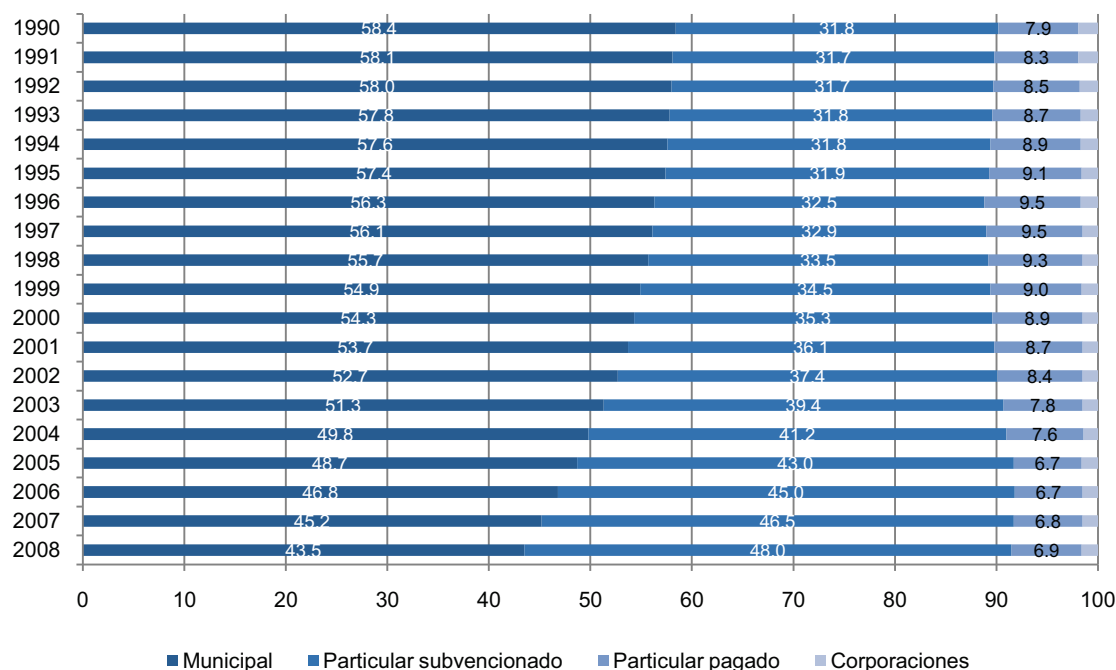
³³ La educación secundaria se declaró obligatoria en el año 2003 (Ley 19.876).

³⁴ CEPAL, División de Desarrollo Social. Base de datos sobre gasto social.

de las familias. De hecho, durante la década de los 90 el gasto privado en educación creció más rápido que el gasto público (Arrellano, 2001). Con 0,9% del PIB en 2008, Chile tenía el gasto privado más alto en educación primaria y secundaria entre todos los países de la OCDE. Incluyendo la educación superior el gasto privado llega al 2,7% del PIB, sólo superado por Corea del Sur (2,8%) (OCDE, 2011b)³⁵. Por tanto, si bien gran parte del gasto privado se explica por el alto costo de la educación superior, también existe a nivel medio y básico producto del sistema de financiamiento compartido. El gasto total en educación en 2008 (7,1%) sitúa a Chile por encima del promedio de la OCDE (5,9%)³⁶.

En términos de la estructura institucional, el sistema de educación chileno es descentralizado (administrado a nivel municipal) y mixto (provisión pública y privada). Esta última es financiada, en gran parte, por el Estado mediante una subvención mensual por alumno y su asistencia a clase (tipo *voucher*). Aparte de los establecimientos públicos y particulares subvencionados existen establecimientos particulares pagados que no reciben subsidios y que absorben alrededor del 7% de la matrícula nacional (casi exclusivamente alumnos de clase alta con capacidad de pago). A partir de las reformas educacionales durante la dictadura militar se observa una caída sostenida en la matrícula de los establecimientos públicos, mientras las escuelas particulares subvencionadas ganan en importancia (véase gráfico 2). Este proceso se ha acelerado durante la última década y en 2008 por primera vez, el número de alumnos que estudian en establecimientos particulares subvencionados superó el número de quienes asisten a los establecimientos públicos (Paredes y Pinto, 2009). Con sólo el 42,2% de los alumnos en educación primaria atendiendo un establecimiento público en 2009, Chile destaca por su bajo nivel de provisión pública tanto a nivel OCDE (promedio 89.5%) como en comparación con otros países de la región (Argentina: 76,9%; México: 91,7%) (OCDE, 2011b).

GRÁFICO 2
DISTRIBUCIÓN DE LA MATRÍCULA (1990-2008), PORCENTAJE DE ALUMNOS MATRICULADOS EN UNA DETERMINADA DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA



Fuente: Ministerio de Educación (Mineduc), *Indicadores de la educación en Chile 2007-2008*, Santiago de Chile, 2008.

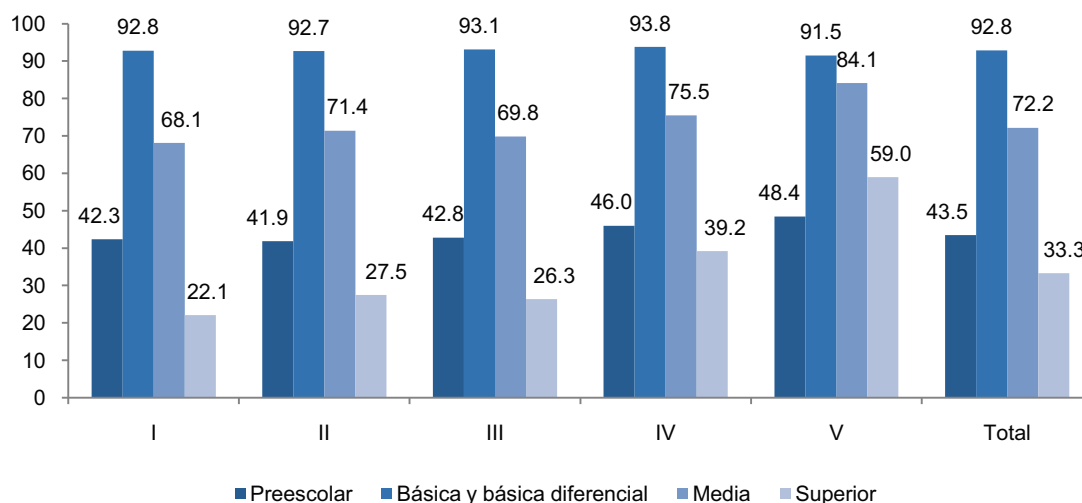
³⁵ Las cifras respectivas de otros países de la región son: México 0,6% (sin educación superior) y 1,1% (total) y Argentina 0,3% (sin educación superior) y 0,7% (total).

³⁶ Teniendo en cuenta que en términos de la estructura poblacional, Chile cuenta con una mayor proporción de niños, niñas y jóvenes en edad escolar que la mayoría de los países de la OCDE.

En términos del financiamiento, la subvención estatal se paga directamente a los establecimientos educacionales y es de igual valor para las escuelas públicas y particulares subvencionadas. No obstante, desde 1988 los establecimientos particulares subvencionados pueden cobrar a los alumnos (o sus familias) mejorando así los recursos disponibles³⁷. Además tienen el derecho de seleccionar a los alumnos lo que tiende a homogeneizar la población que atienden (en términos socioeconómicos y étnicos) profundizando la segregación educacional (Elacqua, 2009). En términos gruesos, los alumnos de clase media y alta se concentran en establecimientos particulares (subvencionados y pagados), mientras los establecimientos públicos atienden fundamentalmente a los alumnos de hogares de bajos ingresos (Hsieh y Urquiola, 2006). La segregación, a su vez, tiene implicancias en términos de los recursos disponibles: dado que los alumnos de sectores medios y altos tienden a requerir menos recursos que los alumnos de hogares de bajos ingresos, el proceso de selección les permite a los establecimientos particulares subvencionados reducir sus gastos sin perder el derecho a la subvención estatal. Más allá de la brecha público-privada, existen desigualdades importantes entre establecimientos a nivel territorial debido a las diferentes capacidades de los municipios para realizar aportes adicionales (Romaguera y Gallegos 2010) – un problema que se trata de amortiguar a través de la Subvención Escolar Preferencial (SEP) dirigida a establecimientos que atienden una mayor proporción de niños y niñas definidos como vulnerables (véase I.C.2).

Respecto de los resultados educativos, se han hecho avances significativos en términos de la cobertura en educación secundaria y pre-escolar, mientras la educación básica se ha mantenido estable en torno al 94% (Robles, 2011). No obstante, permanecen desigualdades importantes en términos de acceso por nivel socioeconómico, sobre todo en educación media y superior³⁸. Según cifras de la Encuesta de Hogares 2011 casi un 30% de los jóvenes de entre 14 y 17 años no asiste a educación secundaria (véase gráfico 3).

GRÁFICO 3
COBERTURA DE EDUCACIÓN POR NIVEL DE ENSEÑANZA
Y QUINTIL DE INGRESO AUTÓNOMO (2009)



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Hogares (2011).

³⁷ La posibilidad de financiamiento compartido fue fijado mediante la Ley 18.768 en 1988 y se extendió con restricciones a los establecimientos públicos en 1993.

³⁸ En educación secundaria existe una brecha de 16 puntos porcentuales entre el quintil más pobre y el quintil más rico; la brecha en educación pre-escolar supera los 20 puntos porcentuales. En educación superior, la tasa de asistencia de niños del quintil más rico casi triplica la del quintil más pobre (véase cuadro 8).

Además, cercano al 17% de los jóvenes entre 15 y 19 años no se encuentra ni estudiando ni trabajando, cifra que supera con creces el promedio OCDE (alrededor del 7%) (OCDE, 2011a; Adema, 2011). En la educación pre-escolar que a nivel agregado (0-5 años) alcanza un 43,5%, hay diferencias importantes según grupo socioeconómico y edad de los niños. La cobertura en el nivel de transición (4-5 años) creció fuertemente entre 2003 y 2011, particularmente en los quintiles de bajos ingresos, alcanzando una cobertura total de 84,3% en 2011³⁹. Al mismo tiempo, las brechas se han ido cerrando: Mientras la diferencia en cobertura entre el quintil más rico y el quintil más pobre fue de casi 20 puntos porcentuales en 2006, esta brecha se había reducido a 5 puntos porcentuales en 2011. La cobertura de niños y niñas de 0 a 3 años sigue siendo baja (26,1% en 2011) a pesar de la importante expansión que se inició durante la administración de Michelle Bachelet (2006-2010) (véase I.F.1). Aquí también, las brechas se han ido reduciendo. Sin embargo, la cobertura en los quintiles de menores ingresos –a la que fue dirigida dicha expansión– sigue siendo más baja (alrededor del 25%) que en el quintil de mayores ingresos (32%).

Existen una serie de mecanismos nacionales e internacionales que evalúan la calidad de la educación en términos de los aprendizajes relevados en niños y niñas a través diferentes instrumentos de medición. A nivel nacional existe el Sistema de Medición de la Calidad de la Educación (SIMCE) llevado a cabo anualmente por el Ministerio de Educación para medir el desempeño de los alumnos en diferentes áreas de aprendizaje del Currículo Nacional, relacionándolo con el contexto escolar y social. Hasta el año 2005, la aplicación de las pruebas se alternó entre 4° Básico (9 años), 8° Básico (13 años) y 2° Medio (15 años). Desde el año 2006, se evalúa anualmente a 4° Básico y se alternan 8° Básico y 2° Medio⁴⁰. A nivel internacional Chile ha participado en tres vueltas (2000, 2006 y 2009) del *Programme of International Student Assessment* (PISA) llevado a cabo por la OCDE para medir los conocimientos de los adolescentes de 15 años en lectura, matemática y ciencias; así como en el *Trends in International Mathematics and Science Study* (TIMSS) realizado por la Asociación Internacional para la Evaluación del Rendimiento Educativo (IEA) y el *Laboratorio Latinoamericano de la Calidad de la Educación* (LLECE) desarrollado por UNESCO en 1997 y 2006.

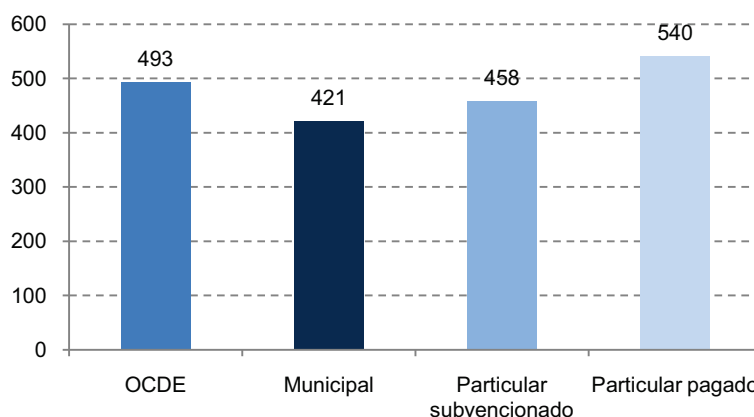
Varios estudios han evaluado el desempeño de distintos tipos de establecimientos, tratando de elucidar, entre otras cosas, si la libre elección y la competencia por alumnos en el sistema de *vouchers* han contribuido a mejorar la calidad y la equidad en los aprendizajes. La comparación de resultados SIMCE entre escuelas generalmente arroja que los resultados de alumnos que atienden establecimientos particulares pagados superan con creces aquellos de alumnos de establecimientos públicos y particulares subvencionados. Existe menos consenso en cuanto a las diferencias entre escuelas públicas y particulares subvencionadas. La evidencia existente muestra una ventaja de los últimos, aunque esta no tiende a ser muy grande (Sapelli y Vial, 2002; Tokman, 2002; Anand, Mizala y Repetto, 2009) –particularmente cuando se controla por la composición socioeconómica de los alumnos– y varía de manera considerable entre establecimientos particulares subvencionados (McEwan, 2001; Elacqua, 2009, 2011). Tampoco existe acuerdo respecto de las razones por las cuales los establecimientos particulares muestran mejor desempeño que los públicos: mientras algunos autores atribuyen el diferencial al “descrime” de alumnos más competitivos por los particulares a través de procesos de selección (Hsieh y Urquiola, 2006), otros mantienen que la selección es poco relevante para explicar las diferencias en desempeño escolar (García y Paredes, 2006; Paredes y Pinto, 2009). Por otro lado, varios autores han corroborado que el sistema de *vouchers* exacerba la segregación de alumnos (OCDE, 2004). Existe evidencia, por ejemplo, que los padres no escogen el “mejor” establecimiento según puntaje SIMCE, sino de acuerdo a su perfil socioeconómico, es decir, buscan una composición más similar al propio estatus socioeconómico (Schneider, Elacqua y Buckley, 2006); y que el “descrime” por parte de los privados deja los establecimientos públicos con los alumnos más desventajados (Hsieh y Urquiola, 2006).

³⁹ De 56 a 67,5% en el quintil I y de 60,7% a 73,8% en el quintil II (CASEN 2009).

⁴⁰ La última evaluación aplicada en 2011 arrojó mejoras importantes en el desempeño en matemáticas de los alumnos de 4° básico, particularmente entre los alumnos de grupos socioeconómicos bajos y medios bajos, y en los establecimientos municipales (MINEDUC, 2011). Sin embargo, las brechas entre establecimientos y grupos socioeconómicos siguen siendo importantes.

En comparación internacional, los resultados recogidos por PISA 2009 muestran que el puntaje chileno en lectura (449) y matemáticas (421) todavía se encuentra por debajo del promedio OCDE (496 y 499) (OCDE, 2010). No obstante, Chile ha logrado mejorar considerablemente su promedio en lectura entre 2000 (410) y 2009 (449), aunque este varía según tipo de establecimiento (véase gráfico 4): mientras los alumnos de establecimientos particulares pagados obtienen puntajes mayores al promedio OCDE (540), el desempeño de los alumnos de establecimientos públicos (421) y particulares subvencionados (456) es menor. En 2000, casi la mitad de los alumnos carecían las habilidades lectoras mínimas requeridas para participar efectiva y productivamente en la sociedad⁴¹, porcentaje que se redujo a menos de un tercio 2009. Detrás de esta cifra agregada se esconden, como siempre, grandes diferencias según nivel socioeconómico: más de la mitad de los alumnos del grupo socioeconómico bajo, pero sólo el 9% de alumnos del grupo socioeconómico alto carece de dichas destrezas (Mineduc, Simce y OCDE, 2011)⁴². No obstante, esta brecha también se achicó entre 2000 y 2009, dado que la mayor alza en los puntajes se registró entre los estudiantes más desventajados. Este logro se atribuye a las políticas focalizadas hacia estudiantes y establecimientos de mayor vulnerabilidad –como el Programa de Mejoramiento de la Educación con Calidad y Equidad (MECE) y la distribución de útiles escolares– así como cambios en el currículum de lenguaje (OCDE, 2010). PISA 2009 también muestra que el rendimiento de alumnos que atienden colegios urbanos es mejor que el de alumnos en establecimientos rurales, incluso controlando por nivel socioeconómico.

GRÁFICO 4
PUNTAJE PISA EN LECTURA DE TEXTO IMPRESO SEGÚN DEPENDENCIA DEL ESTABLECIMIENTO
(2009)



Fuente: Ministerio de Educación (Mineduc), *Síntesis de resultados SIMCE 2011*, Santiago de Chile, 2011.

Más allá de los aprendizajes, resulta clave la pregunta de cómo afecta la asistencia a un establecimiento específico las oportunidades futuras de los alumnos, entre ellas, la probabilidad de acceder a educación universitaria. Para responderla, Helgø (2002) evalúa la incidencia del tipo de establecimiento educativo atendido en una serie de variables, incluyendo los puntajes obtenidos en la Prueba de Aptitud Académica (PAA)⁴³, años de estudio, tipo de empleo e ingresos, controlando por el nivel socioeconómico de los alumnos y los recursos de los establecimientos. Analizado los resultados de estudiantes secundarios en Santiago, encuentra que aquellos que atienden un establecimiento particular pagado tienen ventajas significativas en términos de puntajes obtenidos en la PAA así como en los ingresos por hora frente a alumnos de establecimientos públicos y particulares subvencionados. Las diferencias entre los últimos son menos importantes, pero los resultados muestran una leve ventaja de estudiantes en establecimientos públicos.

⁴¹ Esta es la definición OCDE para habilidades que corresponden al nivel 2 de 7 (Mineduc, 2011).

⁴² También hay importantes diferencias de género, manifestándose al igual que en otros países en un mejor rendimiento de los adolescentes varones en matemáticas y un mejor rendimiento de las adolescentes mujeres en lectura (Rico y Trucco 2013).

⁴³ Desde 2003, esta prueba se denomina Prueba de Selección Universitaria (PSU).

Generalmente existe bastante acuerdo respecto de los desafíos que enfrenta el sistema educacional chileno, particularmente mejorar la calidad y la equidad en los procesos y resultados de aprendizaje. Sin embargo, el debate técnico acerca de las fuentes de dichos problemas y las medidas necesarias para solucionarlos no ha sido del todo concluyente, y el debate político se ha ido polarizando con las movilizaciones masivas por parte de los estudiantes secundarios y universitarios desde mediados del año 2006. Mientras algunos argumentan a favor de un cambio estructural más profundo en el financiamiento –exigiendo, por ejemplo, el término de subvenciones a establecimientos con fines de lucro– y la administración –demandando, por ejemplo, la desmunicipalización– el enfoque de las políticas públicas de la última década ha sido más bien en enmendar el arreglo institucional vigente para mejorar el acceso y la calidad de aprendizaje de los alumnos considerados vulnerables. El siguiente apartado discute, entre otras cosas, las dos medidas más importantes en este sentido: la extensión de la jornada escolar y la introducción de una subvención adicional para alumnos y escuelas definidos como vulnerables.

2. Políticas y programas de promoción de acceso, retención y equidad

Las dos grandes políticas para fomentar el acceso equitativo a una educación de calidad en Chile durante la última década han sido la extensión de la jornada escolar y la canalización de recursos adicionales a alumnos y establecimientos educativos considerados vulnerables.

La **Jornada Escolar Completa (JEC)** se empieza a instalar en los establecimientos públicos y particulares subvencionados en los niveles de enseñanza del tercero a octavo año de educación básica (9 a 13 años) y del primero al cuarto año de la educación media (14-17 años) a partir de la ley N° 19.532 dictada en 1997. Su objetivo declarado era mejorar la calidad de la educación e igualar las oportunidades de aprendizaje de los niños, niñas y jóvenes de todo el país a través de la extensión significativa de los tiempos pedagógicos. Aunque la medida se dirige en principio a todos los alumnos y alumnas que asisten a establecimientos educacionales adherentes a la política, el supuesto que subyace el objetivo de mejorar la equidad pareciera ser que una mayor permanencia en la escuela o el colegio permitirá, por un lado, compensar las desventajas enfrentadas por los estudiantes pobres en la enseñanza básica y media, y por otro, reducir el tiempo que están expuestos a riesgos potenciales al estar solos en la casa o en la calle, por ejemplo.

La extensión de la jornada consiste en que los establecimientos que hasta 1997 funcionaban en doble turno (mañana y tarde) ahora deben operar en jornada única y continua. En la práctica, los alumnos de enseñanza básica pasan de 30 a 38 horas semanales mientras que los de enseñanza media pasan de 36 a 42 horas. Dicho cambio significó una inversión significativa de recursos estatales en la adecuación de la infraestructura de los establecimientos educacionales, lo que entre otras cosas hizo que la implementación del programa fue más lenta y menos homogénea de lo previsto. Al 2010, se habían incorporado 2.354.102 alumnos a la JEC, equivalente a un 80% del universo elegible (Dipres, 2011a).

Las actividades que se deben desarrollar durante el tiempo adicional provisto por la JEC no fueron reglamentadas por el gobierno, sino que quedaron sujetas al criterio de los administradores de cada establecimiento educacional. Un estudio conducido por la Universidad Católica en 2004 (DESUC, 2005) evaluó el uso del tiempo en las escuelas con JEC y recogió las apreciaciones y expectativas de directores, docentes, padres y apoderados. Aun cuando concluye que en general la implementación de la JEC ha sido exitosa, identifica algunos déficits en la distribución del tiempo y recoge preocupaciones por parte de los docentes. Así, por ejemplo, se detecta una intensificación del trabajo escolar, particularmente en la educación media, por sobre lo recomendado. Esta situación también quedó reflejada en el agotamiento identificado por los docentes tanto en ellos mismos como en sus alumnos. Sin embargo, la mayoría de los docentes tenía una percepción positiva o muy positiva de la política.

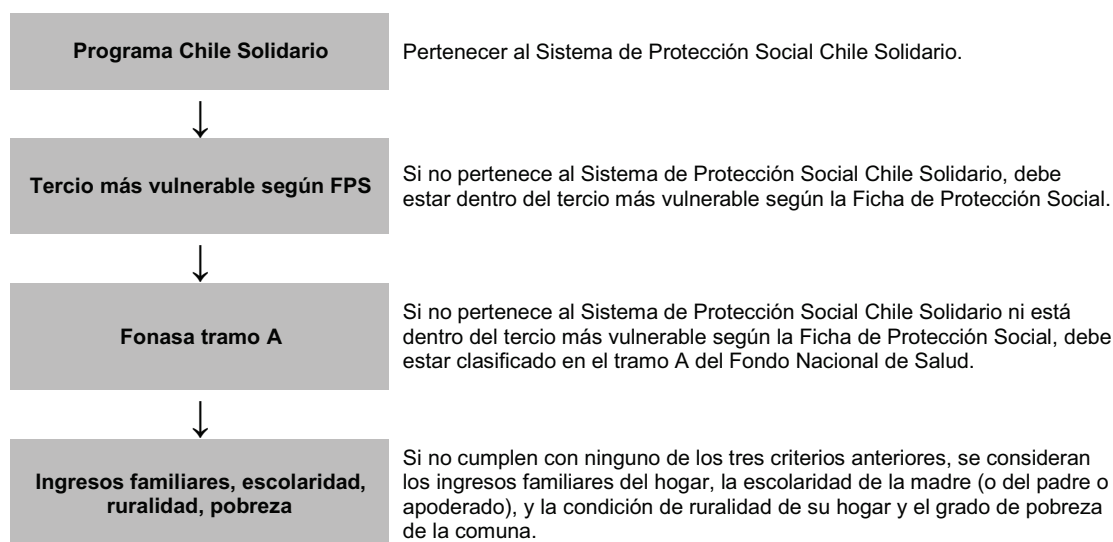
La relativa libertad de los sostenedores en definir el contenido del tiempo adicional JEC podría explicar, en parte, las diferencias entre establecimientos en cuanto al impacto sobre los logros de aprendizaje analizados por García Marín (2006). A través de una comparación de los resultados de las pruebas SIMCE rendidas en 1999 y 2002 dicho autor encontró que la implementación tenía un efecto positivo en las pruebas de matemática y lenguaje. Sin embargo, este efecto fue mayor en lenguaje y

menor en matemáticas y significativo solamente en el caso de los establecimientos particulares subvencionados (no en los municipales). Un análisis de Arzola (2010) basado en la evolución de las pruebas SIMCE rendidas en 2005 y 2009, en cambio, encuentra que el tiempo adicional en las aulas no genera en sí una mejora importante del rendimiento. Según Martinic et al. (2008) los bajos resultados a nivel de los logros de aprendizaje apuntan, por un lado, a la necesidad de intervenir sobre el conjunto de variables que inciden en el aprendizaje, más que confiar en una relación directa entre mayor permanencia en la escuela y mejoras en el aprendizaje. Por otro lado, indicarían el peso de los factores sociales externos y culturales, como son las expectativas de los profesores y de los sostenedores en cuanto al aprendizaje de alumnos en contextos más pobres.

La **Subvención Escolar Preferencial (SEP)**, instaurada en 2008 (Ley N° 20.248), apunta a mejorar la calidad y la equidad de la educación subvencionada (particular y municipal) y ha sido caracterizada como “la principal política educacional de protección social implementada en el último tiempo en Chile” (Romaguera y Gallegos, 2010, p. 189). Se inserta dentro del sistema de financiamiento que rige la educación chilena y se basa en subsidios a la demanda entregados a establecimientos públicos y particulares subvencionados de acuerdo al número de alumnos/as atendidos. A través de la SEP se aumentan de manera significativa los recursos destinados a escuelas con estudiantes de hogares pobres a través de dos subvenciones adicionales: una por alumno prioritario y otra por concentración, es decir, de acuerdo al porcentaje de alumnos prioritarios atendidos por el establecimiento educativo en cuestión. La lógica de la intervención reside en el reconocimiento de que los alumnos considerados como “prioritarios” enfrentan desafíos específicos en el proceso educativo y que, por tanto, el costo de su enseñanza es mayor (BCN, 2008). También se reconoce e intenta compensar, a través de la subvención por concentración, el “efecto par”, es decir, la observación que el rendimiento académico es menor en ambientes educativos con alta concentración de alumnos de rendimiento promedio bajo (Romaguera y Gallegos, 2010).

En términos de la focalización por edad, la SEP se dirigía a alumnos de los niveles educativos pre-kinder (4 años) a cuarto básico (9 años) durante su primer año de ejecución. Desde 2010 su cobertura ha sido gradualmente extendida al quinto, sexto, séptimo y octavo básico (10-13 años). A partir del 2013 se incorpora además la educación media (BCN, 2012b). La calidad de ‘alumno prioritario’ es determinada anualmente por el Ministerio de Educación, de acuerdo con los criterios de focalización y priorización establecidos en la Ley N° 20.248 (véase cuadro 4).

CUADRO 4 CRITERIOS DE FOCALIZACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE ALUMNOS PARA LA ASIGNACIÓN DE LA SUBVENCIÓN ESCOLAR PREFERENCIAL



Fuente: http://www.mineduc.cl/index2.php?id_portal=29&id_seccion=3018&id_contenido=12013.

El monto de la subvención por alumno prioritario depende tanto del nivel educativo como de la clasificación del establecimiento (autónomo, emergente, en recuperación) que se basa en la evaluación de distintos indicadores de calidad educativa. Actualmente varían entre CH-\$32.356 mensuales por alumno a nivel de pre-kinder a cuarto básico (4-9 años) y CH-\$10.862 a nivel de séptimo y octavo básico (12-13 años). El monto de la subvención por concentración, en cambio, depende nivel educativo y el porcentaje de alumnos prioritarios atendidos por el establecimiento (véase cuadro 5).

CUADRO 5
MONTOS SEP POR CONCENTRACIÓN DE ALUMNOS PRIORITARIOS

Porcentaje de alumnos prioritarios	Pre-kinder a 4° básico	5° y 6° básico	7° y 8° básico
60% o más	\$5 768	\$3 858	\$1 929
Entre 45% y menos de 60%	\$5 138	\$3 418	\$1 719
Entre 30% y menos de 45%	\$3 858	\$2 559	\$1 279
Entre 15% y menos de 30%	\$2 253	\$1 489	\$769

Fuente: http://www.mineduc.cl/index2.php?id_portal=29&id_seccion=3018&id_contenido=12019.

Vale destacar que la SEP no cubre el universo entero de los establecimientos subvencionados por el Estado (de sostenedores privados y municipales), dado de que se trata de un programa voluntario al cual las escuelas postulan. Sin embargo, hasta el 2010 el programa había logrado una cobertura de 7.400 escuelas, equivalente al 70% de escuelas elegibles y al 90% de alumnos prioritarios en el sistema educacional (Romaguera y Gallegos, 2010). Junto con su ingreso al programa, las escuelas asumen compromisos asociados a la entrega de la SEP en términos de las metas de aprendizaje –explicitados en un Plan de Mejoramiento de Aprendizaje– y la utilización de recursos.

No existen, en este momento, evaluaciones comprensivas y sistemáticas del impacto de la SEP en cuanto a la calidad del aprendizaje y, más importantemente, la reducción de la brecha en los niveles de aprendizaje entre alumnos pobres y no pobres. Una primera aproximación a los resultados en pruebas estandarizadas sugiere que el impacto de la SEP en el nivel de aprendizaje ha sido moderado, pero positivo (Romaguera y Gallegos, 2010).

Aparte de estas dos políticas emblemáticas, existen una serie de **programas que apuntan a promover el acceso y la retención de alumnos considerados vulnerables** en el sistema escolar y mejorar su rendimiento. Estos incluyen, entre otros, el Programa de Alimentación Escolar (PAE), el Programa de Útiles Escolares (PUE), el Programa de Salud Escolar (PSE) así como diversas becas para la educación básica y media, todos ellos manejados por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (Junaeb)⁴⁴. Si bien estos programas son de cobertura etaria y social restringida, su alcance ha aumentado considerablemente a través de los años. Así, por ejemplo, la cobertura del PUE subió del 23,8% en 2000 al 30,4% de los alumnos en educación pre-escolar, básica y media en 2009; el Programa de textos escolares aumentó la cobertura del 23,8% al 75,3% durante el mismo período; y el PAE hoy día cubre casi dos tercios de los alumnos en establecimientos públicos y particulares subvencionados⁴⁵. Cabe señalar que la asignación de recursos en el marco de estos programas utiliza un mecanismo de focalización distinto a otros programas sociales que funcionan con la Ficha de Protección Social. Junaeb, en cambio, identifica los alumnos vulnerables a través del Sistema Nacional de Asignación con Equidad (SINAE). Este evalúa información proveniente de distintas fuentes (Registro de Estudiantes; FPS; CHS; sistema de salud; encuestas realizadas por Junaeb) para identificar el universo de niños, niñas y adolescentes que tienen mayor necesidad de apoyo (Junaeb, 2005). Llama la atención en que la mayoría de dichos programas carece de evaluaciones vigentes respecto de su incidencia en los niveles de inserción y retención.

⁴⁴ Véase Anexo III para un resumen de las becas existentes para la educación básica y media.

⁴⁵ Datos de cobertura de CASEN 2000 y 2009 así como de Ministerio de Educación (2009).

Según un estudio realizado por la Junaeb, la tasa de deserción de niños provenientes de hogares pobres era menor cuando estos recibían alimentación escolar (12%) que cuando no la recibían (19%) (Junaeb, 2003).

Considerando la alta tasa de embarazos adolescentes en Chile, la retención de las madres adolescentes constituye otro desafío. En este contexto ha habido dos cambios importantes, uno de carácter legal, el otro de carácter programático. Primero, respondiendo a la práctica común de los establecimientos educacionales de expulsar a alumnas embarazadas o madres adolescentes, la Ley N°19.688 estableció el derecho de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes acceder a los establecimientos educacionales en el año 2000. Segundo, desde el 2006 ha crecido el número de salas cunas al interior de colegios y liceos en el marco del **Programa Para que Estudie Contigo (PEC)** manejado por la JUNJI. En 2011, 55 liceos y colegios contaban con salas cunas gratuitas financiadas por transferencias de la JUNJI⁴⁶. La matrícula promedio fue de 1.494 niños y niñas, aunque no todos son necesariamente hijos/as de madres o padres adolescentes, dado que al no completarse la matrícula destinada a este grupo los cupos pueden ser llenados por hijos/as de otras personas de la comunidad que cumplan con los requisitos de acceso⁴⁷. Adicionalmente, en 2012 SERNAM lanzó el programa “No te pierdas, sigue adelante” que apunta a fomentar la retención escolar de madres adolescentes de entre 11 y 18 años y garantizar el cuidado adecuado de sus hijos e hijas a través de talleres educativos, visitas domiciliarias e intervenciones individualizadas. Se implementa en las 20 municipalidades con mayor incidencia de embarazo adolescente en el país y tiene una duración mínima de 14 meses. No existen en este momento evaluaciones de impacto de dichos programas sobre el nivel de retención de madres y padres adolescentes.

En resumen, los problemas de calidad y equidad se han tratado de enfrentar con políticas y programas que canalizan más recursos hacia estudiantes y escuelas definidos como vulnerables. Al mismo tiempo, estas políticas han contribuido a reforzar las bases institucionales del sistema educativo en términos de la provisión mixta subvencionada, el financiamiento a través de *vouchers* combinados con co-pago y la administración municipalizada. Sin duda, la focalización del gasto público en la educación de los alumnos más pobres es meritoria y ha llevado a mejoras en los aprendizajes de los alumnos de menor rendimiento que han sido relevadas por pruebas nacionales e internacionales. Al mismo tiempo, la ventaja que tienen los colegios más privilegiados en términos de la cantidad y la calidad de los recursos sigue siendo importante⁴⁸ y la segregación entre establecimientos persiste. El mismo diseño de la SEP *reconoce* el efecto perjudicial de la concentración socioeconómica en los establecimientos educativos y para paliar sus efectos, el programa asigna recursos adicionales a establecimientos con alto porcentaje de alumnos considerados vulnerables. Al mismo tiempo, no problematiza el sistema de financiamiento global como una de sus causas.

Por otro lado, pareciera que las mismas bases institucionales del sistema educativo limitan una implementación y un impacto más uniforme de las políticas y programas destacados. Dado que muchas intervenciones sólo se despliegan al ser *demandadas* por los establecimientos educativos, difícilmente se puede esperar un impacto parejo. Este enfoque implícitamente privilegia el principio de la libertad de enseñanza de los establecimientos educacionales por sobre la igualdad de derechos de los niños/as y adolescentes.

Un caso particularmente llamativo de dicho conflicto de intereses es la educación sexual. La educación sexual se puede considerar parte de las políticas de protección social a la adolescencia, dado que enfrenta riesgos específicos asociados a la iniciación de la actividad sexual (exposición a enfermedades de transmisión sexual, embarazo y mater/paternidad adolescente) y promueve la retención en el sistema educativo a través de la prevención. En base a los artículos 3, 17 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, el acceso a la educación sexual ha sido interpretado como un derecho de los/as adolescentes por el Comité de los Derechos del Niño que señala en su Observación General N°4 que “los Estados deben proveer a los adolescentes información sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar

⁴⁶ http://www.junji.cl/transparencia/actos_resoluciones/regiones/institucional/2012/338.pdf.

⁴⁷ Eso dado que la sala cuna en un colegio no se tiende a llenar con los/as hijos/as de madres adolescentes del mismo colegio.

⁴⁸ Véase OCDE (2010), cuadro II.2.3.

y anticonceptivos, los peligros de la maternidad temprana, la prevención del HIV y la prevención de las enfermedades transmisibles por vía sexual” (citado en Morlachetti, 2007).

Llama la atención la falta de información respecto a la continuidad, la implementación y los resultados de los programas en esta área a partir del lanzamiento del último Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad (2005). La nueva administración, en cambio, anunció que de ahora en adelante la educación sexual se impartirá de manera obligatoria en los niveles básicos y medios y definió un set de temáticas que debe ser abordado (entre ellas la anticoncepción, la homosexualidad y el VIH/Sida) lo que sin duda constituye un avance. No obstante, al poner a disposición de los establecimientos educacionales siete programas —de distintas orientaciones valóricas— estas temáticas no se abordarán necesariamente desde una perspectiva de derechos y no discriminación.

D. Sistema, políticas y programas de salud

1. El sistema de salud chileno

A diferencia del sector educación que ha constituido una prioridad estratégica en términos del gasto público social en las últimas dos décadas, el aumento del gasto público en salud ha sido inferior al promedio del gasto social (Robles, 2011). Según datos de la Cepal, el gasto per cápita ha aumentado de 178 US-\$ en el año 2000 a 314 US-\$ en el año 2010. Durante el mismo período, la cartera ha aumentado su participación en el gasto público social total de un 19% a un 25%⁴⁹. No obstante, no se observa mayor variación en el gasto público en salud relación al PIB que se mantiene entre el 3-4%, bastante inferior al valor recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que para países como Chile es del orden del 6% (Cid, 2011a). Si bien el gasto público en salud está bien focalizado (Robles, 2011), investigaciones recientes indican que éste representa menos de la mitad del gasto total en salud (Cid, 2011b; Cid y Prieto, 2012). Esto señala la importancia del gasto privado, sobre todo de bolsillo, en forma de co-pagos en la atención médica y gasto en medicamentos en el financiamiento global del sistema. En efectivo, en 2008 el gasto de bolsillo de las familias era la fuente de financiamiento más importante del sistema de salud en Chile, *tanto en el sistema privado como en el sistema público*, representando el 40% y 38% del gasto total (cotizaciones, aporte fiscal y gasto de bolsillo) respectivamente (véase cuadro 6).

CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN ENTRE LAS TRES PRINCIPALES FUENTES DE FINANCIAMIENTO
DE LA SALUD, 2008
(En porcentajes)

	PIB	Distribución Total	Distribución Fonasa	Distribución Isapre
Cotizaciones	2,4	35	24	57
Aporte fiscal	1,7	25	38	-
Gasto de bolsillo	2,8	40	38	43
Total	6,9	100	100	100

Fuente: Camilo Cid, “Financiamiento Agregado de la Salud en Chile: Año 2008”, *Cuadernos Médicos Sociales*, vol. 51, N° 3, 2011.

A partir de una evaluación de datos provenientes de la Encuesta de Presupuestos Familiares del Instituto Nacional de Estadísticas de 1997 y 2007 para el Gran Santiago Cid y Prieto (2012) encuentran que el gasto de bolsillo aumentó de manera significativa durante el período estudiado. Si bien la brecha entre los hogares más acomodados y los hogares más pobres disminuyó, esto se debería a que el gasto de bolsillo del primer quintil registró un aumento proporcional mayor que el del quinto quintil de ingresos. Desde una perspectiva de infancia, los autores encuentran que si en 1997 la presencia de niños menores de 5 años tendía a aumentar el gasto de bolsillo de los hogares de manera significativa, esta tendencia se

⁴⁹ Datos del Portal de inversión social: http://dds.cepal.org/gasto/indicadores/ficha/query1.php?indicador_id=6.

había atenuado en el 2007 —lo que se atribuye potencialmente a la mejor cobertura financiera para algunas de las enfermedades infantiles incorporadas al Plan de Garantías Explícitas en Salud que afectan a los menores de 5 años (véase I.D.2.).

En términos institucionales, al igual que el sistema de educación, el sistema chileno de salud se puede considerar mixto o dual tanto a nivel de los seguros de salud como de la prestación de los servicios. A diferencia del sistema de educación, donde la educación pública propiamente tal ha llegado a constituir casi un residual, la gran mayoría de los chilenos se sigue atendiendo en el sistema público de salud. De hecho, a fines del 2010, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) atendía a 12,7 millones de personas, equivalente al 75% de la población (Fonasa 2011). Según datos de la Encuesta de Hogares 2009, el 82% de los niños/as y adolescentes de entre 0 y 18 años se atienden en el sistema público. El sistema se financia a través de cotizaciones obligatorias, aportes fiscales y co-pagos significativos por parte de los pacientes. Las cotizaciones son recaudadas, por un lado, por Fonasa —un seguro público solidario basado en reparto de riesgos (*risk pooling*)— y, por otro lado, por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) —aseguradoras privadas con fines de lucro que ofrecen planes individuales ajustados al riesgo de la persona asegurada⁵⁰.

A diferencia de las aseguradoras privadas Fonasa ofrece un Plan Único de Salud con beneficios que son iguales para todos sus afiliados⁵¹. La cartera de afiliados consiste en trabajadores dependientes e independientes (40,5% de la cartera) clasificados por tramos de ingreso (B, C y D) y beneficiarios no cotizantes, incluyendo cargas familiares y personas de escasos recursos (grupo A) (véase cuadro 7). Los primeros constituyen alrededor del 24% de la cartera. Para las alrededor de 4,5 millones personas sin capacidad de cotizar reunidas en el grupo A (36% de la cartera en 2010), el Estado asume la cotización a través de un aporte fiscal. El resto de la población asegurada se encuentra en el sistema de ISAPRES (15%) o regímenes especiales como el de las FFAA (10%).

CUADRO 7
NÚMERO DE AFILIADOS A FONASA, COTIZANTES Y NO COTIZANTES
(Por grupo de ingreso, diciembre 2008)

Grupo	Cotizantes	No cotizantes	Total
A (personas indigentes y carentes de recursos no cotizantes)	-	3 860 964	3 860 964
B (personas con un ingreso menor al sueldo mínimo actualmente \$172.000)	2 199 903	1 918 332	4 118 235
C (ingreso de entre \$172.000 y \$251.000 actualmente)	1 132 856	1 053 260	2 186 116
D (ingreso mayor a \$251.000 actualmente)	1 367 889	715 053	2 082 942
TOTAL	4 700 648	7 547 609	12 248 257

Fuente: Fondo Nacional de Salud (Fonasa), *Estadísticas Demografía*, Santiago de Chile, 2011.

El sistema se encuentra altamente segmentado por nivel socioeconómico y riesgo: mientras el 60% de los afiliados al régimen privado pertenece a los quintiles IV (16,7%) y V (44,2%), la población indigente y de bajos recursos se concentra en Fonasa (Robles, 2011). Lo mismo sucede a nivel de riesgos de salud: mientras las Isapres concentran la población de menor riesgo y, por tanto, menor costo, Fonasa aglutina los mayores riesgos, en particular, gran parte de la población menor de 5 y mayor de 65 años (Cid, 2011b). Gracias al aporte fiscal para la población de escasos recursos la cobertura del seguro público de salud se puede considerar universal en términos legales. No obstante, enfrenta desafíos

⁵⁰ El ajuste se hace a través de la prima — así la cotización en el sistema Isapre generalmente supera el 7% — o a través de restricciones en la cobertura (exclusiones, topes, copagos, etc.).

⁵¹ Este plan incluye, entre otros la atención primaria de salud, el examen de medicina preventiva, atenciones de especialidad y hospitalarias, atención de emergencia riesgo vital, las garantías explícitas en salud (descrito más adelante), un seguro catastrófico, la atención ambulatoria y hospitalaria así como diversos programas especiales.

permanentes en términos de recursos. Estos desafíos son, al menos en parte, inherentes al modelo dual de aseguramiento: el desceme de la población sana y con capacidad de pago por parte de los privados limita las posibilidades de repartir y financiar los riesgos de la población de manera más equitativa y eficiente⁵². A pesar de que las Isapres atendían a una minoría de la población (16,5%) y concentran el segmento más sano, el sistema privado absorbía casi el 34% del gasto en salud⁵³ en 2008. Mientras, Fonasa atendía a tres cuartos de la población con el 66% restante (Cid, 2011b). Asimismo, el gasto per cápita de las Isapres –cercano al promedio de países desarrollados como España o Japón– más que duplicaba el gasto per cápita de Fonasa que se encuentra más cercano a la media latinoamericana (ibid.).

A nivel de la prestación de los servicios se repite el modelo mixto de provisión pública y privada. Por un lado está el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que se subdivide en 29 servicios de salud a cargo de la articulación y gestión de la red de servicios en un área determinada. La red de servicios públicos comprende hospitales públicos y en convenio (de distintos niveles de complejidad) administrados por el Servicio de Salud correspondiente así como centros de atención primaria (consultorios, centros de salud familiar, postas rurales, etc.) cuya administración corresponde a los municipios. Por otro lado, existe un conjunto de prestadores privados (clínicas, centros médicos, consultas privadas, etc.) que cuenta con más camas hospitalarias per cápita y una mayor cantidad de médicos especialistas (León y Martínez, 2011; OPS, 2011). Se estima que el 60% de los médicos especialistas trabajan exclusivamente en el sistema privado, mientras en el sistema público faltan 1600 especialistas en jornada completa, particularmente en anestesia, traumatología, medicina interna y psiquiatría (OPS, 2011). Además, existe una brecha gigante en términos de las inversiones en infraestructura (instalaciones, equipos, tecnología, etc.). Comparando la inversión de las clínicas privadas con la del SNSS durante la última década, Vergara (2011) concluye que “si las razones estimadas para cubrir depreciación en las clínicas reflejaran el verdadero “desgaste” de la infraestructura y los equipos, el sector público viviría una permanente descapitalización” (p. 45). Pero también se producen inequidades importantes dentro del sistema público, particularmente entre las comunas de más y menos recursos. Esto se debe a que, al igual que en el caso de la educación, los municipios pueden dedicar recursos adicionales a sus servicios de salud para complementar el aporte nacional (basado en el número de personas inscritas). Como es de esperar, el volumen de los aportes municipales varía de manera significativa entre comunas. En este sentido, Drago (2006) señala que “[e]l aporte del Ministerio de salud sí parece correctamente focalizado a comunas con menores ingresos promedios per cápita, pero no llega a compensar la fuerte desigualdad en el gasto que realizan las comunas” (p. 23).

Respecto de los resultados en salud, los indicadores sanitarios han seguido mejorando a lo largo de la última década. La esperanza de vida aumentó, más fuertemente para el grupo con mejor nivel educativo en el caso de los hombres y de manera más pareja en el caso de las mujeres (Minsal 2010). Gracias a la continuidad en las políticas de salud dirigidas a la primera infancia, que se discuten a continuación, también ha habido mejoras globales en la salud infantil a lo largo de la última década (ibid.). Al mismo tiempo, sigue el reto de reducir las brechas socioeconómicas. Así, por ejemplo, ha habido una mejora global en el indicador de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP)⁵⁴ en la última década, pero la brecha entre la comuna con mejor y peor AVPP del país aumentó (ibid.). Igualmente, la tasa global de mortalidad infantil ha seguido en baja (de 10,1 a 8,3), pero la brecha entre niños de madres con niveles de escolaridad altos y bajos (como proxy al nivel socioeconómico del hogar) aumentó en un 30% (MINSAL, 2011). De igual manera, existen brechas territoriales importantes: Según datos de Unicef (2009b), por ejemplo, la mortalidad infantil en menores de 1 año así como la tasa de mortalidad por causas reducibles en adolescentes de 15 a 19 años varía fuertemente entre las comunas del país.

⁵² Según Urriola (2005) en 2003, los gastos administrativos per cápita de las Isapres fueron 26 veces más altos que los de Fonasa, indicando que el sistema privado no está operando de manera más eficiente que el público.

⁵³ Se consideran primas / cotizaciones, aporte fiscal, co-pagos y gasto de bolsillo en los subsistemas Fonasa e Isapre.

⁵⁴ El AVPP captura la pérdida sufrida por la sociedad como consecuencia de fallecimientos prematuros. El análisis de la distribución de los AVPP en los distintos estratos socioeconómicos y su evolución en el tiempo da cuenta, entre otros, de las desigualdades en salud.

2. Políticas y programas de promoción de acceso, atención oportuna y manejo de riesgos específicos

El mecanismo clave de acceso a la salud para grupos de bajos ingresos (de todas las edades) en sistemas de salud basados en cotizaciones es la **exención contributiva** que en Chile existe para cargas familiares (incluyendo niños y niñas menores de 18 años) y personas de escasos recursos en el seguro público (FONASA). El grupo de cargas familiares (beneficiarios no cotizantes de los grupos B, C, D) representa el 30% de la cartera e incluye hijos de hasta 18 años de edad y 24 años si se encuentran estudiando, así como otros miembros familiares siempre y cuando no tienen ingresos superiores al 50% del ingreso mínimo mensual⁵⁵. Las cargas familiares tienen acceso a los mismos beneficios que el cotizante. El co-pago por atención depende tanto de la modalidad (institucional o libre elección) como del grupo de ingreso⁵⁶. El grupo de personas de escasos recursos (Grupo A) representa el 32% de la cartera e incluye: i) mujeres embarazadas sin previsión hasta el sexto mes del nacimiento del hijo; ii) beneficiarios de pensiones asistenciales de invalidez y vejez; iii) personas con deficiencia mental (cualquier edad); iv) causantes del SUF y v) personas carentes de recursos o indigentes. Dicho grupo se atiende de manera gratuita sin co-pagos en la red pública (consultorios y hospitales). Su atención es financiada vía aporte fiscal.

Por el lado de la demanda, las exenciones por carga familiar y vulnerabilidad deberían contribuir de manera significativa a la reducción de barreras en el acceso a la salud por parte de los niños/as y adolescentes. No obstante, existen barreras importantes por el lado de la oferta en términos de una atención oportuna (tanto en términos de tiempo como de calidad), particularmente en el sistema público, problemas que se trataron de enfrentar con la introducción del régimen de **Garantías Explícitas en Salud (GES)** que sin duda ha sido la política de salud más importante de la última década.

GES define un subconjunto de prestaciones que deben ser garantizadas prioritariamente dentro del Plan Universal ofrecido por Fonasa y los planes particulares de las Isapres. Se trata de un número definido de patologías que se deben atender sin discriminación (garantía de acceso), con plazos de atención conocidos y razonables (garantía de oportunidad), con niveles de calidad iguales para todos (garantía de calidad) y con toques en los pagos y co-pagos asociados (garantía de protección financiera)⁵⁷. Aunque la reforma que introduce el Régimen de Garantías Explícitas en Salud a través de la Ley N°19.966 (BCN, 2004b) no modifica el sistema existente de aseguramiento y financiamiento de la salud en Chile –cuyos problemas señalamos en la sección anterior– mejora la protección social en salud al explicitar garantías que hacen efectivo y tangible el derecho a la salud para un subconjunto de enfermedades para las cuales anteriormente existían listas de espera u otras barreras de acceso.

La priorización de patologías partió por los objetivos sanitarios nacionales (2000-2010) establecidos por el Ministerio de Salud para luego basarse en una combinación de criterios como son la carga de enfermedad (incidencia, prevalencia y tasa de mortalidad), la equidad (brechas de mortalidad por grupo socioeconómico), la existencia de un tratamiento eficaz, la capacidad de los sistemas públicos y privados de ofrecer los servicios asociados, la estimación de costos basados en protocolos clínicos de atención, costo de atención, y preferencias sociales (Vargas y Poblete, 2008). En otras palabras, la reforma se basaba en criterios ‘técnicos’ con poca participación ciudadana y por tanto carecía no sólo de una perspectiva de género (Gideon, 2012), sino también de una perspectiva de ciclo vital que hubiera permitido considerar las necesidades particulares de niños, niñas y adolescentes que no necesariamente quedan reflejadas en los indicadores sanitarios⁵⁸.

Así, el régimen partió con la garantía de 25 patologías, número que se ha ido extendiendo gradualmente: a 40 en 2006, a 56 en 2007 y a 66 en 2010. Actualmente existen 69 patologías con GES.

⁵⁵ La pareja del afiliado sólo puede inscribirse como carga si existe vínculo por matrimonio (no convivencia).

⁵⁶ Para mayores detalles de co-pagos por modalidad y grupo de ingreso, véase, <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/sa-general/asegurados/plan+de+salud/cobertura+plan+de+salud/swfplancoberturas>.

⁵⁷ Para los toques de copago para los afiliados a Fonasa (Grupos C y D) e Isapre, véase Erazo (2011), p. 35.

⁵⁸ Así, por ejemplo, las opiniones de niños y niñas recogidas por Mideplan en el marco del Consejo Asesor para las Políticas de Infancia reflejaban su descontento con la falta de espacios más acogedores y el trato recibido en los consultorios (entrevistas de la autora) – temas que apuntan a una concepción de calidad en la atención distinta a la avanzada por las GES.

Es importante señalar que muchas de las garantías se dirigen a grupos de edad específicos, es decir, no se aplican de manera universal a todos los afectados potenciales⁵⁹. Entre las patologías cubiertas encontramos algunas garantizadas exclusivamente para niños/as y adolescentes, otras cuya garantía *incluye* a un subconjunto de adolescentes por dirigirse a personas mayores de 15 años, y otras que no aplican o no se garantizan para dicho grupo de edad⁶⁰. Adicionalmente las GES contemplan exámenes de salud preventivos para distintos grupos de edad (véase cuadro 8).

CUADRO 8
PRESTACIONES PREVENTIVAS GARANTIZADAS PARA NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES

Niños y niñas menores de 15 años	Personas mayores de 15 años
Recién nacidos y lactantes:	
- Fenilcetonuria: Detectar precozmente el problema de salud y prevenir retardo mental profundo (hasta los 15 días de edad) - Hipotiroidismo Congénito: detectar precozmente la patología para prevenir retardo mental y retraso del crecimiento (hasta los 15 días de edad) - Displasia del Desarrollo de Caderas: Detectar precozmente lactantes portadores para un tratamiento oportuno (a los 3 meses de edad)	- Alcoholismo: detectar si el consumo de alcohol de la persona implica riesgo para su salud. Las personas en riesgo reciben consejería y material educativo. - Tabaquismo: detectar personas que fuman para intervenir con medidas dirigidas a lograr la cesación del hábito y así reducir los riesgos de enfermedades asociados al uso del tabaco.
- Niños/as entre 2-15 años de edad: - Sobrepeso y Obesidad: Identificar precozmente niños en riesgo de desarrollar obesidad y enfermedades crónicas con el propósito de reforzar hábitos de alimentación y actividad física saludables antes de su ingreso al sistema escolar. - Ambliopía, Estrabismo y Defectos en la Agudeza Visual: Detectar precozmente niños y niñas portadores de dichas patologías con el propósito de derivarlos oportunamente al oftalmólogo para su confirmación diagnóstica y tratamiento. - Detección de Malos Hábitos Bucales: Identificar y eliminar los malos hábitos bucales que provocan anomalías dentomaxilares factibles de prevenir en niños entre 2 y 5 años.	- Obesidad: Detectar a las personas obesas con el propósito de intervenir y lograr una baja de peso significativa y reducir los riesgos de enfermedades asociadas. - Hipertensión Arterial: Detectar a la persona con hipertensión para indicarle tratamiento y así prevenir las enfermedades cardiovasculares. - Diabetes Mellitus: Detectar a las personas con diabetes para su tratamiento y prevenir complicaciones y mortalidad prematura asociada a la enfermedad.. - Sífilis: Detección precoz de la infección por sífilis en población de riesgo para su tratamiento.. - Tuberculosis: Detectar a personas con TBC pulmonar para su tratamiento y prevenir así la transmisión a población susceptible.

Fuente: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesaug/examenpreventivo.html.

Las GES han sido destacadas como una política innovadora y basada en los derechos al definir mínimos sociales universales en el área de la salud (Danreuther y Gideon 2008; Cecchini y Rodríguez 2011), aunque en la práctica todavía se está lejos de cumplir el derecho a la salud sin inequidades ni discriminaciones (UDP, 2005, 2007). En términos de los resultados, se ha detectado una mejora en la atención oportuna de algunas de las enfermedades, como son el cáncer de mama y el cáncer cérvico-uterino (garantía de oportunidad) y una disminución en el gasto de salud de los hogares como proporción del gasto total (protección financiera) (Infante y Paraje, 2010). Cid y Prieto (2012) además destacan mejoras en la protección financiera de hogares con niños menores de 5 años. Entre 1997 y 2007, por ejemplo, se registró un salto importante en la atención de las infecciones respiratorias agudas en niños y niñas “que pasó de 350 salas de tratamiento en 1997 a cerca de 802 en 2007 (...). Más todavía, a partir de julio de 2005 se sumaron otras patologías dirigidas a niños con garantías AUGE, en este caso con un impacto probable a nivel hospitalario, como por ejemplo las cardiopatías congénitas operables, fisura labiopalatina, cáncer infantil y prematuridad” (p. 315).

Aparte de estas dos políticas universales, existe una plétora de políticas y programas de mayor o menor trayectoria que se enfocan específicamente en la salud infantil, particularmente durante la primera

⁵⁹ Véase ANEXO V para un listado de patologías GES por edad.

⁶⁰ Se trata básicamente de prestaciones dirigidas a los adultos mayores de 65 años.

infancia. Dos de ellos —el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN)— pueden considerarse como programas de transferencias en especie⁶¹, mientras el resto de los programas consiste en servicios brindados en los establecimientos públicos de salud.

El **PNAC** es uno de los programas sociales más antiguos del país que se viene desarrollando, con distintos enfoques, desde 1952. Se trata de un sistema de distribución de alimentos gratuito universal que se dirige a las madres gestantes y a menores de 6 años de todo el país independiente de su estado previsual⁶². Hasta el 2002, su objetivo principal era mejorar el estado nutricional de las mujeres gestantes para asegurar un desarrollo fetal armónico así como un crecimiento y desarrollo normal lactantes y niños menores de seis años a través del fomento a la lactancia materna y la entrega de complementos alimenticios. Frente a los cambios epidemiológicos, como son los bajos niveles de desnutrición y el aumento de la obesidad, se incorpora como nuevo objetivo el de contribuir a la reducción de la última a través de un mayor enfoque en la calidad de los productos alimenticios entregados. También se integraron nuevos subprogramas que distribuyen productos especiales para la condición de niños/as prematuros/as y fenilcetonúricos (Barba y otros, 2008). Actualmente el programa tiene una cobertura total de 868 mil personas (véase cuadro 9). Según las normas vigentes del Ministerio de Salud, los requisitos para los beneficiarios de la red pública son (Minsal, 2010): i) estar inscrito en un establecimiento de Atención Primaria de Salud; ii) tener los controles de salud al día; y iii) tener esquema de vacunación al día en menores de 6 años. Personas extrasistema (otros sistemas de previsión) pueden acceder bajo las siguientes condiciones: i) tener vacunas y controles de salud al día; ii) presentar malnutrición por déficit (desnutrición); y iii) presentar los formularios requeridos.

CUADRO 9
COBERTURA PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)
POR GRUPO DE EDAD

Edad	Población bajo control	Retiran PNAC	Porcentaje
0-6 años	944 776	778 508	82,4
Gestantes	101 189	89 741	88,7
TOTAL	1 045 965	868 249	83,0

Fuente: Catalina Barba y otros, "Protección Social en los Programas Alimentarios del Ministerio de Salud de Chile", *Cuadernos Médicos Sociales*, vol. 48, N°4.

El **PARN** se ejecuta desde septiembre del 2009 como parte del Sistema de Protección Integral a la Infancia, *Chile Crece Contigo* (ChCC) con el objetivo de aportar a que los niños y niñas nacidos en el sistema público de salud cuenten con las condiciones mínimas de bienestar que requieren para su desarrollo⁶³. El programa prevé, por un lado, la entrega gratuita de un set de implementos para los niños y niñas nacidos en hospitales del sistema público de salud, que se efectúa al momento del alta de las madres de las maternidades⁶⁴. Por otro lado, se entrega educación sobre el uso de implementos y cuidados básicos de crianza temprana a través de materiales educativos y sesiones presenciales en los centros de atención primaria durante los controles prenatales y en los hospitales públicos (previa al alta de las madres). En 2010 se entregaron alrededor de 154.700 sets de elementos orientados a fomentar la calidad del cuidado de las necesidades básicas de sueño, higiene, vestuario inicial, seguridad, contacto físico y alimentación en las maternidades del país, alcanzando un 90% de su población objetiva (Dipres,

⁶¹ No obstante, se tratan en esta sección y no en la sección de transferencias dado que se trata de políticas que se insertan claramente en el sector salud.

⁶² www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/programaalimentario/Ficha_Resumen_Programa_Nacional_de_Alimentaci.pdf.

⁶³ Estas condiciones mínimas se definen como sigue: (1) Lactancia materna exclusiva al menos hasta el sexto mes de vida; (2) Protección del sueño regular y facilitar condiciones para un dormir seguro; (3) Experiencias tempranas de estimulación: hablarles, cantarles, jugar, etc.; (4) Una relación de cuidados con personas significativas o estables en tiempo (Dipres, 2011c).

⁶⁴ El listado completo de implementos se encuentra en Mideplan (2010a), p. 45-46.

2011c). Resultados preliminares de la encuesta de satisfacción usuaria y uso de los implementos también arrojaron resultados positivos (el 82% de los beneficiarios/as se declaró ‘muy satisfecho’ con la utilidad de los implementos y señaló un uso elevado de la mayoría de ellos) (ibid.).

El **Programa Nacional de Inmunizaciones** es un programa preventivo universal de vacunación gratuita para niños/as de entre 0-7 años contra las siguientes enfermedades: a los recién nacidos contra la tuberculosis (BCG); a los niños/as de 2, 4 y 6 meses contra hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis, enfermedades por neumococo e influenza B (Pentavalente, Polio Oral, Neumocócida conjugada); a los/as niños/as de 1 año contra sarampión, rubéola y paperas (Tresvírica). Posteriormente vienen las vacunaciones de refuerzo, las cuales ocurren a los 18 meses, 4 años y 6 años de edad y segundo básico⁶⁵.

El **Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP)** se dirige a todas las familias con niños/as menores de 4 años que se atienden en el sistema público de salud. A partir de dicho programa se establecen alertas tempranas que terminan en la derivación prestaciones relacionadas a la salud, la educación y otras necesidades sociales, laborales y judiciales (Bedregal, 2010; Mideplan, 2010a). Dado que el PADBP constituye el pilar fundamental de *Chile Crece Contigo* se detallará en la sección correspondiente (véase I.G.).

El **Control del niño sano** es un programa universal de control de la salud infantil que se ofrece gratuitamente a niños/as menores de 6 años que se atienden en el sistema público de salud. Su objetivo es monitorear el desarrollo y crecimiento de los menores, detectar eventuales alteraciones y de esta manera prevenir y responder a tiempo a enfermedades o situaciones de riesgo. El programa consiste en controles regulares mensuales durante el primer año de vida, bi o trimestrales hasta los dos años y luego cada seis meses hasta los 6 años. Incluye entrevistas con los padres, exámenes físicos, evaluaciones del desarrollo psicomotor, estado nutricional, visión y audición así como vacunación y alimentación complementaria. En el marco de la presentación del nuevo Plan Nacional de Salud (2011-2020) en octubre del 2011 el Ministerio de Salud anunció recientemente un rediseño del Programa de Salud Infantil que implica varios cambios al Control del niño sano, entre ellos la extensión hasta los 9 años de edad, un aumento en la duración de la consulta y la creación de un protocolo de atención especial para niños/as con necesidades especiales (discapacidades, enfermedades crónicas). En sintonía con los cambios epidemiológicos, los controles también incluirán la medición del Índice de Masa Corporal (IMC) así como exámenes de sangre para estudiar niveles de colesterol, triglicéridos y glucosa.

Además, el Ministerio de Salud anunció la creación de un programa de **Control de joven sano**, dirigido a niños/as y adolescentes de entre 10 y 18 años de edad. Durante la fase inicial de implementación, el control se focalizará en adolescentes considerados vulnerables, para luego en forma progresiva y gradual, lograr que se constituya en una prestación de carácter universal (Minsal, 2012b). A diferencia del Control del niño sano, este no se realizará solamente a nivel de los consultorios, sino también en los liceos municipales y sedes del Instituto Nacional de la Juventud a través de la visita de equipos médicos (médico pediatra o general, nutricionista, matrona y psicólogo) que evaluarán el estado de salud de los niños y adolescentes⁶⁶. Esto responde a los bajos niveles de control y prevención a nivel de la atención primaria en este grupo de edad: según datos del Ministerio de Salud, hay 1.014.649 adolescentes de 15 a 19 años inscritos en los centros de atención primaria de los cuales se controlan solamente 2.592 (0,3% de cobertura)⁶⁷. En este sentido, el Control del joven sano es visto como una puerta de entrada al sistema de salud para este grupo de edad (ibid.). El control que se realizará una vez al año para los adolescentes de 10 a 14 y cada dos años para los de 15 a 18 años, utiliza un enfoque biopsicosocial y familiar que incluye la evaluación de dimensiones como la dinámica familiar (para detectar situaciones de violencia, abuso y vulnerabilidad social), la condición escolar (para detectar situaciones de *bullying*) y la situación psicoemocional (para detectar depresiones y riesgo de suicidio). Según el diagnóstico los niños/as y adolescentes serán derivados a un centro de salud o a la atención con un especialista, cuando corresponda. De acuerdo a afirmaciones difundidas en la prensa, el programa

⁶⁵ http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_pni/presentacion_pni.html.

⁶⁶ http://www.bcn.cl/come_inteligente/come_inteligente/minsal_implementara_control_joven_sano.

⁶⁷ <http://www.injuv.gob.cl/injuv2010/node/2314>.

también prevé la distribución de información sobre sexualidad y la entrega de preservativos en los liceos a fin de prevenir el embarazo adolescente⁶⁸. Lamentablemente no ha sido posible recabar información sobre la implementación de estas medidas.

En este marco, cabe señalar que las políticas públicas dirigidas a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes constituyen una gran pendiente en Chile. Las políticas y los programas implementados han sido no sólo resistidos por grupos conservadores y religiosos (UDP, 2005; Guzmán, Seibert y Staab, 2010) sino también insuficientes para enfrentar los riesgos y las necesidades específicas de este grupo etario. La última Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes (Minsal, 2007) elaborada durante la administración anterior, por ejemplo, incorpora la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de determinantes sociales y derechos. Sin embargo, existe poca información sobre cómo ha sido traducida en servicios y programas concretos. Como señalan Dides y Benavente (2009), persisten barreras importantes en el acceso a la salud y “los programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a los y las jóvenes no han considerado de manera consistente las distintas culturas juveniles, las diferencias etarias, regionales, geográficas, de género y étnicas, entre otras” (p. 31). El marco legal vigente para diseñar una política de salud sexual y reproductiva fue modificado a fines del 2009 con la aprobación de las Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de regulación de la Fertilidad (Ley N° 20.418). Dicha ley explicita el derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y confidencial de acuerdo a la edad y madurez psicológica de la persona a quien se entrega así como a elegir libremente los métodos de regulación que cuenten con la debida autorización.

En resumen, las políticas que enfrentan barreras económicas al acceso y la atención de calidad en el área de la salud parecieran ser más homogéneas y universales en su orientación que las que analizamos en el área de la educación. Quizás en parte esto se debe al menor grado de fragmentación del sistema de salud comparado con el sistema de educación: el hecho de que el 75% de la población –y una proporción incluso más elevada de niños, niñas y adolescentes– se atiende en el sistema público de salud permite diseñar e implementar políticas públicas que tienen el potencial de alcanzar la mayoría de la población. Sin embargo, el sistema sigue enfrentando desafíos enormes en términos de calidad y equidad, particularmente por el lado del financiamiento. Si bien las GES han tendido a mejorar la atención de la población, particularmente en el subsistema público, lo han hecho sin alterar el modelo global de aseguramiento y provisión.

Al igual que en el ámbito de la educación, la legislación y las políticas de salud de la última década se han enfocado en atenuar las consecuencias inequitativas en el sistema de salud chileno sin enfrentar sus causas institucionales. Primero, el sistema chileno sigue siendo altamente privatizado, ofreciendo poca protección financiera a las familias chilenas quienes, a pesar de las reformas llevan una carga financiera (40% del gasto en salud) muy por encima del tope sugerido por la OMS (15-20%). Cid (2011b) sugiere que al 2008, las GES –que tenían la protección financiera de los hogares como uno de sus ejes– no habían incidido de manera significativa en el alto gasto del bolsillo que caracteriza el sistema en su conjunto. No obstante, como hemos visto, pareciera haber reducido la carga financiera en hogares con niños menores de 5 años, mejorando la protección social en salud de los más pequeños. Segundo, el sistema público de salud que atiende a la gran mayoría de los niños, niñas y adolescentes chilenos sigue luchando con una falta de recursos que se debe, por un lado, a que el nivel del gasto público en la operación e infraestructura de los servicios de salud es bajo. Por otro lado, se explica por la misma construcción del sistema de cotizaciones que permite la co-existencia de un seguro público solidario (Fonasa) y un sector de seguros privados con fines de lucro que operan en base de riesgos individuales. Dado que los últimos pueden descremar el segmento más sano y con mayor capacidad de pago contribuyen directamente al desfinanciamiento del seguro público que se queda con la población de mayor riesgo y menores recursos.

⁶⁸ http://www.cooperativa.cl/minsal-buscar-combatir-embarazo-adolescente-con-entrega-de-preservativos-en-scuels/prontus_nots/2011-12-08/093451.html.

Dentro de este contexto general, los programas más específicamente dirigidos a la protección de la salud infantil se caracterizan por una amplia cobertura tanto legal como efectiva. En este sentido se inscriben en el espíritu universal que subyació la fundación del Servicio Nacional de Salud en 1952 – aunque se observa una fuerte tendencia hacia la primera infancia. Esto tiene, por un lado, motivos históricos que tienen que ver con la exitosa tradición de programas de salud materno-infantil (véase I.A.1.). Pero el relativo vacío que parece existir en cuanto a programas que se dirigen a las necesidades de salud de los/as adolescentes también da cuenta de la resistencia ideológica a respetar y garantizar los derechos de este grupo de edad, particularmente en el área de la salud sexual y reproductiva. En este sentido constituye un avance la confidencialidad absoluta establecida en la Ley 20.418 sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de regulación de la Fertilidad para los adolescentes mayores de 14 años y la incorporación de la salud sexual y reproductiva en la última Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes (2007) desde una perspectiva de determinantes sociales y derechos (Minsal, 2007). No obstante, existe poca información respecto de como el marco delineado por la Política Nacional se ha traducido en servicios y programas concretos durante la administración anterior. De manera similar, el Programa de Control del Joven Sano anunciado por la actual administración aun no transparenta si y como abordará la salud sexual y reproductiva que constituye un eje fundamental en la protección social de la salud adolescente.

E. Servicios especializados de apoyo a las familias

A lo largo de la última década, el programa de apoyo a las familias más relevante ha sido sin duda el Programa Puente descrito anteriormente (véase I.B.2). Aparte del Programa Puente y los servicios previstos en el marco del SPPS, existen una serie de programas de menor alcance con el objetivo de mejorar la convivencia familiar y las habilidades de crianza.

Por una parte, existe el **Programa Abriendo Caminos (PAC)** cuyo diseño se inspira en el Programa Puente pero que se conceptualiza explícitamente desde los derechos y el interés superior del niño como eje de las intervenciones (Mideplan, 2009b). El PAC se dirige a niños, niñas y adolescentes de familias donde hay situaciones de separación forzosa, en razón del cumplimiento de condena de alguno de sus integrantes. El programa que se implementa desde mediados del 2008 persigue dos objetivos principales (Mideplan, 2009a). Primero, al igual que el Programa Puente, busca evaluar el estado de las condiciones mínimas de calidad de vida de la familia y sus integrantes⁶⁹, con especial atención al desarrollo de los niños/as y adolescentes. Segundo, busca entregar orientación y consejería para apoyar al grupo familiar en el mejoramiento de dichas condiciones, incluyendo el acompañamiento personalizado a niños/as y adolescentes que son hijos o dependen de personas privadas de libertad a través de tutores capacitados en reparación y prevención.

La estrategia de intervención del programa tiene cuatro componentes a través de las cuales se busca incidir sobre el bienestar familiar e individual (Dipres, 2011d): i) consejerías familiares a padres y/o cuidadores destinadas a desarrollar habilidades y competencias parentales (apego, buen trato, empatía, etc.); ii) tutorías infantojuveniles (individuales y grupales) para niños/as y adolescentes de 7-19 años destinadas a reforzar disposiciones, actitudes y competencias según etapa diferenciada (7-14 años y 15-19 años) a fin de reparar y prevenir situaciones y conductas de riesgo (deserción escolar, maltrato, comisión de delitos, etc.); iii) gestión de redes a fin de articular las familias con beneficios sociales y ofertas estatales existentes según sean sus necesidades; y iv) servicios especializados (salud mental, justicia, educación, etc.) según las necesidades detectadas.

La ejecución del programa se realiza a través de convenios de transferencia de recursos entre el Ministerio de Desarrollo Social y municipios/organizaciones no gubernamentales cuyo personal realiza las actividades de acompañamiento y atención a las familias participantes durante un período de dos

⁶⁹ En el Programa Abriendo Caminos estas condiciones se establecen, por un lado, para la familia, y por otro para los niños/as según cuatro etapas de desarrollo diferenciadas por grupo de edad (0-3, 4-6, 7-14, y 15-19 años). Véase Mideplan (2009a) para un listado de las condiciones mínimas establecidas por el programa.

años. Durante el 2010 operó en 9 de las 13 regiones del país y atendía a 4.169 niños, niñas y adolescentes equivalente a un 30% de cobertura de la población objetivo (véase cuadro 10).

CUADRO 10
COBERTURA DEL PROGRAMA ABRIENDO CAMINOS

Año	Población potencial ^a	Población objetivo	Beneficiarios efectivos	Porcentaje de beneficiarios respecto a población objetivo
2008	19 230	9 001	1 006	11,16
2009	20 369	11 163	2 169	19,43
2010	20 576	14 267	4 169	29,22

Fuente: Dirección de Presupuesto (Dipres), *Balance de Gestión Integral 2010: Subsecretaría de Planificación*, Santiago de Chile, 2011.

^a La población potencial del programa corresponde a los niños/as y adolescentes de 0 a 19 años de edad, cuyo padre, madre y/o responsable de su cuidado, se encuentra recluso en algún recinto cerrado del sistema penitenciario. La población objetivo del programa corresponde a la población potencial que habita en las regiones en que se ejecutó el programa entre 2008 y 2010.

Según una evaluación encargada por la Dirección de Presupuestos, la tasa de cumplimiento de las condiciones mínimas establecidas en el marco del programa era de entre un 65.5 % y un 87.2 % en 2009, siendo mayor para las condiciones mínimas establecidas para niños/as en edad pre-escolar para luego disminuir sucesivamente en los grupos de 7-14 y 15-18 años (véase cuadro 11). También se constató un alto grado de satisfacción entre los beneficiarios del programa (tanto cuidadores/as como niños/as) (Mideplan, 2010b). Una de las críticas principales por parte de los encargados de la ejecución del programa y por los cuidadores fue que el programa no contempla una línea de trabajo con la persona integrante de la familia que se encuentra privada de libertad (Dipres, 2011d)⁷⁰.

CUADRO 11
CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES MÍNIMAS (CM), ESTABLECIDAS POR EL PROGRAMA ABRIENDO CAMINOS, POR GRUPO DE EDAD

Indicadores	Cuantificación (2010)
Porcentaje de cumplimiento de CMs a tratar durante la intervención de niños y niñas entre 0 y 3 años	65,1% - 91,6%
Porcentaje de cumplimiento de CMs a tratar durante la intervención de niños y niñas entre 4 y 6 años	61,9% - 87,3%
Porcentaje de cumplimiento de CMs a tratar durante la intervención de niños y niñas entre 7 y 14 años	67,4% - 86,8%
Porcentaje de cumplimiento de CMs a tratar durante la intervención de niños y niñas entre 15 y 18 años	64,5% - 83,2%

Fuente: Dirección de Presupuesto (Dipres), *Balance de Gestión Integral 2010: Subsecretaría de Planificación*, Santiago de Chile, 2011.

Por otra parte, existen una serie de **programas de desarrollo de habilidades parentales**, de distinto alcance y trayectoria, implementados en el marco de las políticas de educación (*Manolo y Margarita Aprenden con sus Padres*; *Educando en los primeros años*; *Programa Educativo para la Familia*) o de salud (*Nadie es Perfecto*; visitas domiciliarias en el marco del *PADBP*) (véase I.G). Dichos programas se concentran sin excepción en familias con niños y niñas en edad pre-escolar.

⁷⁰ Según información proporcionada por Unicef-Chile, el programa se estaría rediseñando actualmente en base a las sugerencias de la Dirección de Presupuesto (DIPRES, 2011d) para considerar esta dimensión.

En general, sin embargo, los servicios especializados de apoyo a la familia se encuentran débilmente desarrollados con grandes vacíos para la población que no está en situación de pobreza extrema así como para la población infantil y adolescente mayor de 6 años. No parece existir una red de servicios de consejería y apoyo familiar que pueda atender problemas en familias no indigentes.

F. Políticas y programas de cuidado

1. La expansión de los servicios de educación inicial y cuidado infantil

En los últimos diez años, y particularmente a partir del año 2006, Chile vivió un aumento en la cobertura de la educación inicial. Esta se estructura en tres niveles: el nivel de transición (4-5 años y 11 meses) donde la oferta es supervisada directamente por el Ministerio de Educación y se ha ido trasladando a las escuelas (véase I.C.); el nivel medio (2-3 años y 11 meses) y el nivel de sala cuna (0-1 años y 11 meses) donde la oferta pública está a cargo de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (Junji), la Fundación Integra⁷¹.

Dada la baja cobertura particularmente de los niños y niñas menores de 4 años, el gobierno de Michelle Bachelet decidió expandir fuertemente la oferta de salas cunas y jardines infantiles públicos para niños y niñas de 0 a 3 años pertenecientes al 40% de hogares más pobres del país (Staab y Gerhard, 2010). De acuerdo a datos oficiales, entre 2006 y 2009 el número de salas cunas públicas (Junji y Integra) aumentó de 700 a más de 4.000 (Ortiz, 2009). Con esto, el número de cupos para niños y niñas de 0 a 2 años de edad se quintuplicó de alrededor de 14.000 a 61.000 (Mideplan, 2010a). A nivel de jardín infantil, se crearon más de 27.000 cupos nuevos, incrementándose la oferta para niños y niñas de 3 y 4 años de 82.400 en 2006 a 109.621 en 2009 (ibíd.).

Como muestra el cuadro 12, la cobertura total de niños y niñas entre 0 y 3 años creció fuertemente entre 2006 y 2011 del 16,4% al 26,1%. Según datos de la CASEN 2011, casi tres cuartos de estos niños se atienden en instituciones estatales o semi-estatales administradas por JUNJI, Fundación Integra o un municipio. A pesar de que todos los quintiles de ingreso registran un aumento de cobertura (con la excepción del quintil V que entre 2009 y 2011 registra una leve caída), son particularmente los hogares pertenecientes al 60% más pobre que se benefician de la expansión. En el caso del segundo quintil la cobertura básicamente se duplica, aumentando del 12,7% en 2006 al 24,2% en 2011. El incremento significativo en los quintiles de menores ingresos también contribuyó a reducir las brechas socioeconómicas en el acceso a la educación inicial de tal manera que en el 2011 la diferencia entre niños y niñas en los primeros cuatro quintiles de ingreso era virtualmente inexistente. La distribución institucional de los niños indica que a pesar de no estar entre los destinatarios 'oficiales' gran parte de los niños y niñas del quintil IV atiende las instituciones de JUNJI e Integra. Esto indica posiblemente que los hogares de dicho quintil – que oficialmente queda excluido por el mecanismo de focalización actual – no disponen de recursos suficientes como para solucionar sus necesidades de cuidado infantil en el mercado.

Pese a la fuerte expansión durante los últimos años, falta avanzar en la oferta pública para garantizar el derecho a sala cuna. Un estudio reciente calcula que para llegar al 30% de cobertura (que corresponde al promedio OCDE) a nivel de sala cuna (0-1 años) y en los primeros tres quintiles se requerirían alrededor de 100.000 cupos adicionales (Comunidad Mujer, 2012). Más allá de la cobertura existen reparos respecto de la garantía de calidad en los servicios de cuidado públicos, sobre todo los de administración delegada a los municipios, que representan la mayoría de las salas cunas y jardines infantiles creados entre 2006 y 2010. Existe un marco de calidad educativa en la forma de bases curriculares, pero la misma fragmentación en la entrega de los servicios (entre públicos, subvencionados y particulares) complica garantizar su aplicación uniforme y adecuada.

⁷¹ Además, existe el Programa de 4 a 7 manejado por el Servicio Nacional de la Mujer en colaboración con el Ministerio de Educación, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (Junaeb) y la Subsecretaría de Prevención del Delito. Desde 2011, este programa se dirige a niños y niñas de 6 a 13 años cuya madre se encuentra trabajando o buscando trabajo, ofreciéndoles una alternativa de cuidado en horarios posteriores a la jornada escolar. Véase, <http://portal.sernam.cl/?m=programa&i=5>.

CUADRO 12
TASA DE ASISTENCIA NETA A SALA CUNA Y JARDIN INFANTIL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 3 AÑOS
POR QUINTIL DE INGRESO (1990-2011)
(Incluye instituciones públicas y privadas)

	I	II	III	IV	V	Total
1990	4,2	3,4	5,5	6,5	12,5	5,5
1996	5,9	6,7	8,0	12,2	23,0	9,2
2003	9,0	10,7	12,3	11,3	22,2	11,8
2006	14,0	12,7	17,6	19,5	25,0	16,4
2009	16,1	17,2	18,6	19,3	33,7	19,2
2011	25,3	24,2	25,5	27,4	32,3	26,1

Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas de Hogares (1990, 1996, 2003, 2006, 2009, 2011).

No parece existir, hasta el momento, una institucionalidad clara que pueda cumplir este rol de manera efectiva, dado que la JUNJI, que formalmente estaría a cargo de dicha tarea, no tiene ni la capacidad ni los recursos para hacerlo y también carece de poder de sanción frente a posibles violaciones de las normas. Además, la JUNJI, al tener la doble tarea de proveer y fiscalizar los servicios, es juez y parte en un contexto donde la institución misma no siempre cumple con las normas establecidas respecto del coeficiente técnico (relación adulto-niño) (Dipres, 2008). Un avance reciente en este sentido lo constituye la aprobación de la Ley 20.529 que se encontraba en tramitación desde el año 2007. Dicha ley crea un Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Parvularia, Básica y Media en el cual la Agencia de Calidad evaluará el desempeño de los establecimientos y la Superintendencia de Educación que fiscalizará el uso de los recursos y el cumplimiento de la normativa educacional (BCN, 2011a).

2. De la licencia por maternidad al postnatal parental

A la vuelta de la democracia existía en Chile un cuerpo de leyes respecto de la protección de la maternidad que había sufrido relativamente pocos cambios desde su institución a principios del siglo XX. Este cuerpo, inscrito en el Código del Trabajo, incluía los siguientes derechos de la madre: una licencia de seis semanas antes y doce semanas después del parto (descanso maternal pre- y postnatal) acompañado del reemplazo completo del sueldo con un tope de 66 UF⁷² (subsidio maternal) a cargo fiscal; la protección del despido desde el inicio del embarazo hasta un año después del término de la licencia por maternidad (fuero maternal); una licencia (remunerada) para cuidar a niños menores de un año en caso de enfermedad (licencia médica por enfermedad grave del hijo menor de un año) a cargo fiscal; el derecho a dos porciones de tiempo durante la jornada laboral para alimentar al hijo menor de dos años; y el derecho a sala cuna en empresas con más de 20 trabajadoras a cargo del empleador.

A partir de 1990, este cuerpo se ha ido modificando, avanzando tímidamente hacia la inclusión del padre en algunas de las normas y extendiéndolas a los casos de adopción. Desde 1993, por ejemplo, la licencia médica por enfermedad grave del hijo menor de un año puede ser tomada por el padre quien, además, a partir de 2000, tiene derecho a descanso y subsidio en caso del fallecimiento de la madre. En la práctica siguen siendo las madres quienes hacen uso de dicha licencia casi exclusivamente. Cifras del sistema privado de salud (afiliados ISAPRE) muestran que en 2009 un 99,9% de las licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año fueron usadas por mujeres (Supersalud, 2010). En 2005, se le concede el derecho independiente a una licencia paternal de cinco días por el nacimiento o la adopción de un hijo y, desde 2009, tiene derecho a sala cuna en el caso de tener la tuición (custodia legal) o el cuidado del hijo. Las madres adoptantes de niños menores de seis meses adquieren los derechos de

⁷² UF (Unidad de Fomento) es una unidad de cuenta reajutable de acuerdo a la inflación. En octubre de 2011, 66UF correspondían aproximadamente a 1,45 millones de pesos chilenos o 2,900 US\$.

fuero, descanso y subsidio maternal en 2000. La discusión y adopción de estas reformas da cuenta de una mayor diversidad de concepciones de roles de género y formas de paternidad y maternidad y de cómo se instala, lentamente, el tema de la corresponsabilidad en la agenda legislativa. En este contexto, el mayor involucramiento del padre se conceptualiza, entre otras, como un factor importante en el desarrollo de los hijos.

La principal innovación de la última década en este sentido es la reforma de la licencia por maternidad efectuada en septiembre del 2011 (BCN, 2011b). Dicha reforma alarga el período postnatal a seis meses e introduce la posibilidad de que las últimas seis semanas puedan ser transferidas, total o parcialmente al padre (a elección de la madre). Por otro lado, la ley avanza en materia de cobertura: Debido a las características del mercado laboral chileno, como es la importante proporción de trabajadores y trabajadoras independientes, con contratos atípicos y sin contrato alguno que, juntos, suman más de la mitad de la fuerza laboral, muchas trabajadoras no tenían acceso a una licencia o un subsidio de maternidad alguno. La Comisión Mujer, Trabajo y Maternidad (2010) estimó que antes de la reforma el sistema de protección a la maternidad alcanzaba al 35% de los nacimientos y a dos tercios de las madres trabajadoras.

La reforma del 2011 incluye medidas para facilitar el acceso de trabajadoras con contratos atípicos (independientes, a honorarios, por obra o faena, etc.) – aunque la afiliación a un régimen de seguridad social sigue siendo requisito. A partir del 2013, las mujeres trabajadoras de los hogares pertenecientes al 60% más pobre recibirán un subsidio de maternidad aunque no tengan contrato de trabajo vigente al momento de comenzar el prenatal. En estos casos, el subsidio se calcula como promedio de la remuneración mensual neta obtenida durante los 24 meses anteriores al embarazo (pero mínimamente será de medio salario mínimo). Para ser elegibles, la madre tiene que: a) registrar 12 o más meses de afiliación, con anterioridad al inicio del embarazo; b) registrar ocho o más cotizaciones, continuas o discontinuas, en calidad de trabajadora dependiente, dentro de los últimos 24 meses calendario inmediatamente anteriores al inicio del embarazo; y c) haber realizado la última cotización más cercana al mes anterior al embarazo, en virtud de cualquier tipo de contrato de trabajo a plazo fijo, o por obra, servicio o faena determinada (BCN, 2011b).

Desde la perspectiva del recién nacido, el tiempo prolongado en familia y la mayor cobertura del beneficio son, sin duda, un avance significativo. Se ha destacado, por ejemplo, el efecto positivo que puede tener la lactancia materna continua durante los primeros meses de vida (Galtry and Callister, 2005). El derecho del niño a estar con su madre durante ese tiempo también fue un eje importante en el debate legislativo. Por otro lado, existen reparos respecto del impacto en el empleo y las oportunidades de las madres – que en el largo plazo también pueden afectar el bienestar del hogar y por tanto del niño – sobre todo mientras la legislación refuerza la rígida división sexual del trabajo. No existe, por el momento, un derecho *autónomo* del padre a estar presente durante los primeros meses de vida de los/as hijos/as más allá de los cinco días⁷³. La opción de transferir hasta seis semanas a voluntad de la madre no se ha traducido en cambios sustantivos en la práctica. Según datos de la Dirección del Trabajo, sólo 611 padres – comparado con más de 36,000 madres – habían hecho uso del nuevo permiso postnatal parental durante su primer año de vigencia (Dirección del Trabajo, 2012). Estas cifras son claramente insuficientes en términos de facilitar una mayor corresponsabilidad entre hombres y mujeres así como el ejercicio efectivo de una paternidad más cercana.

G. El sistema integral de protección a la primera infancia: Chile Crece Contigo

El Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC), constituye el primer intento de desarrollar una política integrada de protección social dirigida a la primera infancia en Chile. También innova al basarse explícitamente en un enfoque de derechos del niño. Así, por ejemplo,

⁷³ Véase también Pautassi y Rico (2011) sobre los sesgos de género en las normativas vigentes en América Latina y el Caribe que tienden a minimizar la responsabilidad de los varones frente a sus hijos.

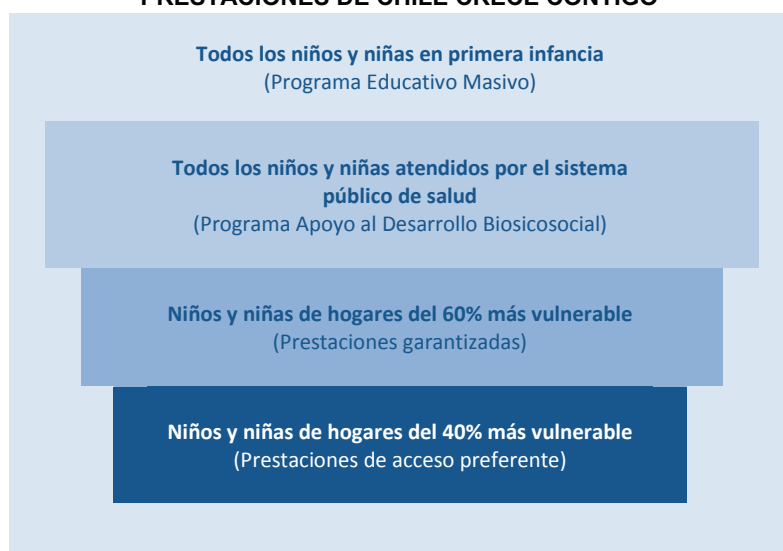
el Consejo Asesor a cargo de elaborar propuestas de políticas sustenta haber aplicado el principio del interés Superior del Niño para enfrentar las preguntas y opciones más complejas; se refiere a la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño por el Estado chileno como uno de los fundamentos principales para la instalación de un sistema de protección a la infancia; y propone la perspectiva de derechos como uno de sus principios rectores (Consejo Asesor, 2006). Además, con la institucionalización de ChCC como subsistema del Sistema de Protección Social, sus prestaciones se definen como derechos que deben ser garantizados por el Estado (BCN, 2009).

ChCC se empieza a implementar en 2007, enmarcado dentro del Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y la Adolescencia 2001-2010 (Gobierno de Chile, 2000). Su objetivo principal es promover la igualdad de oportunidades y disminuir las brechas entre niños y niñas de distintos contextos socioeconómicos a través de 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 (Mideplan, 2007). Se basa en la evidencia arrojada por estudios de la neurociencia que documentan que los primeros 6 años de vida son significativos para la formación de las competencias y capacidades de las personas y que las bases fundamentales de un individuo, como el lenguaje, los hábitos y habilidades sociales, el control emocional y las capacidades cognitivas se estructuran antes de los 4 años de edad.

Reconoce que la multidimensionalidad del desarrollo infantil temprano requiere intervenciones simultáneas y coordinadas en las diferentes dimensiones que influyen en el desarrollo de los niños/as (salud, educación, familia, comunidad, etc.). Inspirado en la experiencia de Chile Solidario, ChCC genera y articula mecanismos de apoyo a niños, niñas y sus familias de manera integral e inter-sectorial. Si bien el sistema es gestionado y coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social, su eje principal es el sector salud a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial que funciona como puerta de entrada y mecanismo de alertas tempranas a partir de las cuales se determinan prestaciones diferenciadas y de acuerdo a las necesidades de los niños/as y sus familias (Bedregal, 2010).

En la práctica, ChCC consiste en un conjunto de prestaciones, algunas universales y otras focalizadas, en los áreas salud, educación y asistencia social (véase diagrama 1). En este sentido, constituye un esfuerzo importante por articular diferentes componentes de la matriz de protección social –transferencias, educación, salud, servicios especializados y cuidado infantil– discutidas anteriormente.

DIAGRAMA 1
PRESTACIONES DE CHILE CRECE CONTIGO



Fuente: <http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/que-ofrece/>.

Entre las prestaciones universales se encuentran un programa educativo masivo en desarrollo temprano y estimulación infantil (a través de cartillas informativas, programas radiales y televisivos, una página web interactiva y una línea de atención telefónica) y reformas legislativas propuestas por el Consejo Asesor para Políticas de Infancia (Consejo Asesor, 2006), la mayoría de ellas vinculadas a la protección de la mater/paternidad. El Anexo VI presenta el estado actual de las propuestas previstas.

Los niños/as que se atienden en el sistema público de salud tienen acceso a las prestaciones previstas por el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) y el programa de habilidades parentales Nadie es perfecto (NED).

El PADBP se dirige a todas las familias con niños/as menores de 4 años que se atienden en el sistema público de salud. A partir de dicho programa se establecen alertas tempranas que terminan en la derivación prestaciones relacionadas a la salud, la educación y otras necesidades sociales, laborales y judiciales (Bedregal, 2010; Mideplan, 2010a). Consiste en una secuencia de acciones desde el proceso de gestación hasta que el/la niño/a ingresa a la educación pre-escolar a fin de garantizar el óptimo desarrollo de los niños/as.

CUADRO 13
EJES DEL PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOSICOSOCIAL (PADBP)

Gestación	Nacimiento	0 a 4 años		
Fortalecimiento del desarrollo prenatal	Atención personalizada del proceso de nacimiento	Atención al desarrollo integral del niño y niña hospitalizada	Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña	Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad
Atención primaria	Hospitales	Hospitales	Atención primaria	Atención primaria
Fortalecimiento de los cuidados prenatales	Atención personalizada del parto	Atención integral al recién nacido(a) hospitalizado(a) en neonatología	Fortalecimiento del control de salud del niño(a) para el desarrollo integral	Fortalecimiento de las intervenciones en niños(as) en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral
Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial	Atención integral en el puerperio	Atención integral al niño(a) hospitalizado(a) en pediatría	Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	
Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a)				

Fuente: Ministerio de Planificación, *Cuatro años creciendo juntos: Memoria de la instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010*, Santiago de Chile, 2010.

Los servicios que ofrece a nivel de la atención primaria y hospitalaria se dividen en cinco áreas: i) el fortalecimiento de los cuidados prenatales; ii) la atención personalizada del proceso de nacimiento; iii) la atención Integral al niño/a hospitalizado/a; iv) el fortalecimiento del control de salud del niño/a; v) intervenciones específicas en la población infantil con riesgo o rezago en su desarrollo (véase cuadro 14). Las prestaciones en cada una de estas áreas son concebidas como complementarias a las prestaciones regulares del sistema de salud (control de salud de la gestación y control del niño/a) y se acuerdan

anualmente con el Ministerio de Salud (Bedregal, 2010; Gobierno de Chile, 2012). Se aspira a una atención personalizada a través de la formulación de un plan de salud personalizado y la incorporación al programa de visita domiciliaria integral. De manera similar, se prevén una serie de intervenciones dirigidas específicamente a niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad o con rezago en su desarrollo. Estas incluyen la detección de los déficits así como la derivación a modalidades institucionales de estimulación, visitas domiciliarias de acuerdo a las prioridades definidas, consejería individual y sesiones educativas de apoyo al aprendizaje infantil en los centros de salud, entre otros (Gobierno de Chile, 2012). Durante el año 2010 los equipos de salud realizaron más de 90 mil visitas domiciliarias a familias con niños menores de 6 años (Dipres, 2011b). Las evaluaciones preliminares citadas en Bedregal (2010) sugieren que el PADBP se ha implementado de acuerdo a lo planificado en cuanto a la cobertura de sus prestaciones⁷⁴. Sin embargo, todavía no se perciben resultados satisfactorios en términos de la calidad de los servicios de salud (la tasa de partos por cesárea no ha disminuido, por ejemplo).

NED se ejecuta a partir del 2009 y se dirige a padres, madres y cuidadoras(es) de niños y niñas de 0 a 5 años con un taller de 6-8 sesiones para fomentar las habilidades de crianza. Se trata de un modelo de intervención basado en encuentros grupales que tienen la finalidad de compartir experiencias, aprender de otros y recibir orientaciones en problemas frecuentes. Los componentes tratados son: i) atención y cuidado del niño; ii) uso de estrategias disciplinarias no físicas; iii) importancia de monitorear la seguridad del niño; iv) nutrición infantil; v) estrategias de auto-cuidado como padres; y vi) estrategias de creación de ambientes de aprendizaje. Los talleres son impartidos en los centros de atención primaria por profesionales entrenados como facilitadores grupales que se manejan en dinámicas participativas (Mideplan, 2010a).

Hasta fines del año 2010 el programa había formado más de 1.500 facilitadores, lo que permite tener en la actualidad al menos 2 facilitadores grupales certificados en 310 (de 346) comunas, equivalente a una cobertura territorial del 90.1%. Según información entregada por el Ministerio de Salud alrededor de 4.000 madres y padres habían asistido a talleres NED (Dipres, 2011b). Actualmente el programa es evaluado por un equipo de investigadores de la Universidad Católica, University College London y Banco Mundial a fin de medir su impacto en indicadores de desarrollo infantil, la salud mental de los padres, madres y cuidadores, y el ambiente familiar. Los resultados de la investigación se esperan para septiembre del 2012 (Banco Mundial, 2010).

Finalmente existe un conjunto de prestaciones garantizadas y de acceso preferencial para niños/as que presenten alguna situación de vulnerabilidad y pertenecen a hogares del 40 o 60% más pobre, incluyendo: el acceso automático al Subsidio Único Familiar, el acceso gratuito a salas cunas y jardines infantiles, visitas domiciliarias por los equipos de salud, ayudas técnicas para niños/as con discapacidad, la atención integral a niños/as con rezago, el acceso garantizado al "Chile Solidario" para familias de niños y niñas en gestación que cumplen con los requisitos.

Tal como CHS, ChCC es altamente innovador en términos de su enfoque intersectorial y articulador de las políticas públicas (véase II.B para mayores detalles sobre el sistema de gestión intersectorial). Su principal fortaleza – el enfoque en los derechos y necesidades de la primera infancia que permiten una oferta programática específica e integral para este grupo etario – es, a la vez, su mayor limitante: al dirigirse exclusivamente a niños/as de 0-4 años no establece ni un diagnóstico ni una oferta programática equivalente a niños/as y adolescentes en etapas de desarrollo posteriores⁷⁵. No obstante, el proceso de su diseño podría servir como ejemplo para la construcción de sistemas similares que se dirigen a la infancia y/o adolescencia.

Actualmente (2013), el Sistema está siendo evaluado por el PNUD en el marco de una evaluación comprensiva del Sistema de Protección Social⁷⁶.

⁷⁴ No así en cuanto a la cobertura del SUF que sólo alcanzaba el 31% de la población potencial.

⁷⁵ En un principio, el mandato del Consejo Asesor Presidencial a cargo de desarrollar propuestas para un Sistema de Protección Integral a la Infancia incluía las edades de 0-10 años, es decir alcanzaba el primer ciclo de la educación básica. Por distintos motivos, la mayoría de ellos de orden político, el grupo de edad quedó fuera del diseño final del sistema.

⁷⁶ Véase, <http://www.pnud.cl/proyectos/fichas/mideplan.asp>.

II. Institucionalidad de protección social a la infancia y adolescencia

A. Autoridades y actores

En términos de la institucionalidad se distinguen tres ámbitos aunque existen coincidencias y cruces entre ellos: la protección especial a la infancia que enfrenta vulnerabilidades sociales específicas relacionadas a la exposición de los niños/as y adolescentes a situaciones de violencia, explotación, abuso, abandono y separación familiar; la protección de los derechos de los adolescentes infractores de ley respecto de la ejecución de las sanciones y su reinserción social; y la protección *social* que se enfoca en vulnerabilidades económicas y sociales relacionadas a la pobreza y desigualdad (Unicef, 2012a). En Chile las tres áreas se insertan en instituciones distintas. En efecto, entre los problemas fundamentales –que han sido destacado por Unicef y organizaciones sociales dedicadas al tema de la infancia– se encuentra la falta de una institución que asume la protección integral de los derechos de la infancia de forma coordinada. Asimismo, en su revisión comparada de las estructuras institucionales para la garantía de los derechos de la infancia y adolescencia en América Latina y el Caribe, Morlachetti (2013) constata que actualmente “Chile no tiene una ley de protección integral y por lo tanto tampoco tiene un sistema nacional de protección integral” (pág. 21). Las propuestas en este sentido se concentran en: la creación de un Sistema Nacional de Protección Integral a la Infancia que ordene, guíe y oriente la legislación, la interpretación judicial y el desarrollo de las políticas públicas en conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño, así como la instalación una Defensoría del Niño, autónoma e independiente, que reciba denuncias, formule recomendaciones y participe en el diseño y el debate de las políticas públicas (Cámara de Diputados, 2012; Unicef, 2012b). En relación al primer punto, se encuentra actualmente bajo visión un de proyecto ley para revisar la institucionalidad vigente⁷⁷.

Las políticas y programas de protección especial y de protección de los derechos de los adolescentes infractores, están, en su mayoría, a cargo del Servicio Nacional de Menores (SENAME) que depende directamente del Ministerio de Justicia. Su misión consiste en “contribuir a la restitución de derechos de

⁷⁷ Mensaje 31-360 con el que se inicia un proyecto de ley que suprime el actual Servicio Nacional de Menores, creando dos nuevos servicios de atención a la infancia y adolescencia (véase, http://www.sename.cl/wsename/Proyecto_ley.pdf).

niños, niñas y adolescentes, vulnerados/as, así como a la responsabilización y reinserción social de los adolescentes infractores/as de ley”⁷⁸. Se preocupa, por tanto, de un subconjunto de la población infantil y su oferta programática se concentra en las áreas de *adopción* (atención residencial transitoria, familias de acogida), *protección de derechos* (programas de prevención y detección de abuso y maltrato; familias de acogida; residencias para niños/as y adolescentes que carecen de cuidado familiar adecuado; etc.) y *justicia juvenil* (centros de internación, programas de libertad asistida, programas de reinserción, etc.) (Sename, 2012). También existen programas de protección y atención en caso de maltrato o explotación infantil ejecutados por otras instituciones como son Carabineros de Chile (Unicef 2008).

Las políticas y programas relevantes para la protección *social* a la infancia, en cambio, se insertan en la institucionalidad para la protección social más general. La responsabilidad para las políticas de protección social se divide entre varias autoridades: el Ministerio de Trabajo y Previsión Social (a cargo de la seguridad social), el Ministerio de Desarrollo Social (a cargo de políticas y programas de asistencia social) y los Ministerios de Educación, Salud, y Vivienda (a cargo de las políticas sectoriales).

Hasta septiembre del 2011, la institución a cargo de la coordinación de las políticas sociales en Chile era el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). Con la Ley 20.530 MIDEPLAN es remplazado por el Ministerio de Desarrollo Social. El nuevo Ministerio queda a cargo de la coordinación interministerial de las políticas sociales, el diseño de políticas y coordinación de programas dirigidos a la población definida como vulnerable y la evaluación de los programas sociales (Robles, 2011). La evaluación de impacto de los programas sociales antes y durante su ejecución quedará a cargo de la Subsecretaría de Evaluación Social. La coordinación y ejecución de las políticas y programas de protección social, incluidos la mayoría de los que se han identificado en el marco de este estudio, quedarán a cargo de la Subsecretaría de Servicios Sociales.

Ha sido a iniciativa de Mideplan que durante los últimos diez años Chile empezó a construir una red de protección social que combina prestaciones contributivas y no contributivas a lo largo del ciclo vital (Hardy, 2011). Asimismo, el Ministerio ha impulsado un esfuerzo más coordinado de protección social a través de políticas y programas integrales que articulan a los beneficiarios con la oferta de distintos sectores, se basan en un enfoque de derechos y consideran de manera implícita o explícita la protección social a la infancia (CHS y ChCC).

En el área de las transferencias monetarias, es el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, a través del Instituto de Previsión Social (IPS), quien está a cargo de administrar las prestaciones contributivas y no contributivas como las PBS, la AS, el SUF o las licencias de maternidad. Los programas de transferencias y servicios especializados, como CHS, el Programa Puente y la recién instalada Asignación Social, en cambio, se gestionan desde el Ministerio de Desarrollo Social y su Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS).

Los programas de promoción de equidad y acceso a los servicios sociales están generalmente a cargo de las instituciones sectoriales. El Ministerio de Educación maneja programas de acceso y retención escolar, o directamente (como la Subvención Escolar Preferencial) o a través de servicios asociados como son la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) y, en menor medida, la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI). Las políticas de acceso a la salud están a cargo del Ministerio de Salud a través de la Subsecretaría de Salud (a cargo de la definición de las políticas de salud pública), la Subsecretaría de Redes Asistenciales (a cargo de la gestión de los servicios de salud en el sistema público) y el Fondo Nacional de Salud, FONASA (a cargo del financiamiento de la atención en salud a través de la administración de las cotizaciones al seguro público de salud).

Una última institución que merece ser mencionada en el contexto de las políticas y programas de protección social a la infancia es el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) que depende del Ministerio de Desarrollo Social. Su misión es colaborar diseño, la planificación y la coordinación de las políticas relativas a la juventud en Chile (definida como adolescentes y adultos jóvenes entre 15 y 29 años). Si bien no maneja ni ejecuta políticas o programas de protección social, sí desarrolla actividades que promueven la

⁷⁸ <http://www.sename.cl/wsename/estructuras.php?name=Content&pa=showpage&pid=2>.

participación y el protagonismo juvenil a través de los cuales la voz y opinión de los adolescentes podrían ser integradas en el diseño de políticas y programas sectoriales dirigidos hacia ellos/as⁷⁹.

En la elaboración de las leyes, políticas y programas relacionados a la protección social de la infancia participan, normalmente, el Ministerio de Desarrollo Social y/o los ministerios sectoriales y, si la legislación implica el desembolso de recursos fiscales, el Ministerio de Hacienda a través de la Dirección de Presupuestos (DIPRES). En algunos casos, como la protección social de trabajadores/as con responsabilidades familiares, también participan el Servicio Nacional de la Mujer y el Ministerio de Trabajo y Previsión Social. En general, la legislación en materia de protección social en Chile es dominada por el Ejecutivo quien dispone de varias prerrogativas en el proceso legislativo (veto, urgencias, áreas exclusivas). Los parlamentarios también pueden elaborar proyectos de ley y ponerlos en discusión. Sin embargo, dichos proyectos no pueden implicar un aumento del gasto fiscal lo que restringe el margen de maniobra en materia de protección social. Es así, que todas las políticas de mayor envergadura en el ámbito de la protección social han requerido de una iniciativa del Ejecutivo y muchas veces se gestaron como proyectos emblemáticos de una administración en particular (las GES, ChCC, la reforma previsional la SEP, la reforma de la licencia de maternidad etc.).

Más allá de las autoridades de gobierno y la negociación entre los dos bloques políticos, el proceso de formación de las políticas públicas en Chile se caracteriza por una alta valorización de criterios técnicos y pocos mecanismos formales para la participación en el diseño de las políticas o los programas, ya sea de los actores sectoriales, los movimientos sociales o la ciudadanía en general⁸⁰. Esto ha sido evidente, por ejemplo, en el caso de la reforma de la salud (que incluía las GES), donde el relativo aislamiento del proceso de elaboración de la política exacerbó el conflicto con los gremios médicos (Lenz, 2007). Desde el retorno a la democracia se ha practicado la participación ad-hoc “por invitación” (Cornwall, 2002) a través de consejos y comisiones de carácter consultivo convocadas por el Ejecutivo en distintas materias. Dichas comisiones son generalmente conformados por expertos de orientaciones ideológicas afines a los dos grandes bloques políticos – a fin de facilitar un acuerdo que luego sea viable a nivel legislativo – quienes alimentan su trabajo técnico con consultas ciudadanas o ‘audiencias’⁸¹. A veces, han contado con la participación directa de actores sectoriales (sostenedores, profesores, apoderados y alumnos) como en el caso del Consejo Asesor para la Calidad de la Educación (2006), representantes de partidos, sindicatos o del sector empresarial como en el caso de la Comisión Trabajo y Equidad (2008) y la Comisión Mujer, Trabajo y Maternidad (2010).

Durante el gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010), “los consejos fueron concebidos como mecanismos consultivos que buscaban profundizar la calidad de la democracia, a través de la participación ciudadana, distinguiéndose, en este aspecto de la tradición anterior de comités asesores del ejecutivo” (Farías 2008, pág. 53). Varios de sus miembros los han destacado como espacios importantes de intercambio y aprendizaje entre los mismos expertos y entre ellos y la ciudadanía. Sin embargo, la inserción de elementos de democracia deliberativa o participativa en una democracia representativa limitada (dominada por acuerdos políticos entre las grandes coaliciones de partidos) no ha sido exenta de problemas. La tensión fue particularmente evidente en el caso del Consejo Asesor para la Calidad de la Educación que fue creado no a iniciativa del Ejecutivo sino como respuesta a las movilizaciones de los adolescentes. En este caso, el Consejo no logró generar consenso entre los actores y por tanto falló como mecanismo de resolución del conflicto estudiantil (Aguilera, 2009; Burton, 2012)⁸². Las leyes consensuadas y aprobadas posteriormente –al no reflejar las demandas de los estudiantes ni los

⁷⁹ Un ejemplo reciente es el Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes, un espacio de participación, reflexión y acción juvenil en materias de salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención del embarazo adolescente no planificado, impulsado por el Ministerio de Salud de Chile en colaboración con el Instituto Nacional de la Juventud y con el apoyo financiero del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) (Minsal et al., 2011).

⁸⁰ El caso de la implementación y ejecución de los programas sociales es diferente, en el sentido de que las instituciones estatales sí han establecido lazos con la sociedad civil aunque estos hayan sido más bien instrumentales (Delamaza, 2005; Andrade y Arancibia, 2010).

⁸¹ En el caso del Consejo Asesor de Infancia Mideplan también organizó audiencias en todas las regiones y además manejaba una página web donde invitaba a los ciudadanos, en particular niños y niñas, de opinar.

⁸² Notablemente fueron particularmente las organizaciones sociales, entre ellos agrupaciones de estudiantes y profesores, que no quedaron conformes con el informe final del Consejo.

compromisos adquiridos con sus organizaciones durante el proceso de consulta⁸³ – no generaron el apoyo de los actores sociales, con la consecuencia de que el conflicto por la educación se ha ido radicalizando.

B. La Red de Protección Social (PROTEGE) y la coordinación intersectorial

Si la participación ciudadana y las relaciones con la sociedad civil organizada han sido temas complejos en el contexto chileno, el avance en la coordinación entre las mismas autoridades de gobierno ha sido notable y pionera a nivel regional. Es importante destacar que el enfoque intersectorial que hoy día parece dominar la protección social chilena en su conjunto surge a partir de Chile Solidario – un sistema de combate a la extrema pobreza, de alcance y presupuesto limitado. No obstante, el diseño y la experiencia práctica del trabajo intersectorial en el marco de esta política han servido como base para extender la lógica articuladora a otros ámbitos, como ha sucedido en el área de infancia a través de ChCC o el Programa Abriendo Caminos. Es así que la mayoría de las políticas y los programas discutidos anteriormente han sido agrupados en la llamada ‘red de protección social’ (PROTEGE) que se basa en el trabajo coordinado de los diversos ministerios relacionados con la protección social (Robles, 2011)⁸⁴. Dicha red se concibió como un conjunto coordinado de políticas y programas basados en los derechos y destinados a proteger a las familias (en toda su diversidad) y a lo largo del ciclo vital (Hardy, 2011), entre otros: becas de apoyo a la educación escolar y superior; subsidio de contratación a jóvenes; aumento cobertura atención gratuita de enfermedades y garantías explícitas de salud; subsidios para el acceso a una vivienda; seguro de cesantía; pensión básica solidaria, además de los dos sistemas de protección enfocados en la extrema pobreza (CHS) y la infancia (ChCC)⁸⁵. El sistema opera “con dos lógicas complementarias, una intersectorial y otra sectorial, que se materializan en políticas diseñadas e implementadas integralmente como subsistemas del sistema de protección social, y a través de políticas o subsistemas que operan desde los ministerios sectoriales” (Covarrubias, Irarrázaval y Monrandé, 2011). Así, por ejemplo, ChCC integra varias prestaciones *ya existentes* (particularmente en el área de la salud), pero exige que dichas prestaciones sectoriales sean coordinadas con el Ministerio de Desarrollo Social a fin de evitar duplicaciones y “garantizar la pertinencia de la oferta global de servicios y prestaciones en términos del desarrollo infantil integral” (Mideplan, 2010a, pág. 22).

El Área de Protección Social del gabinete es la instancia principal de coordinación intersectorial a nivel del ejecutivo. Es presidida por el Ministerio de Desarrollo Social y cuenta con la participación de los Ministerios de Cultura, Educación, SERNAM, Salud, Trabajo y Vivienda. Como soporte técnico existe la Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social (creada en el marco de CHS y radicada en el Ministerio de Desarrollo Social) que complementa la labor de los organismos públicos en torno a las prestaciones sociales que integran la red. El Ministerio de Desarrollo Social también es responsable de la gestión y administración del Sistema Integrado de Información Social (véase II.B).

Si bien el diseño y la gestión de la red de protección social están a cargo de los ministerios y servicios públicos nacionales, su implementación se juega principalmente a nivel local. Las municipalidades son los responsables de aplicar y actualizar la ficha de protección social, de alimentar el SIIS con los datos de la FPS y la información de los beneficiarios de CHS y ChCC, de entregar los subsidios, de contratar a los apoyos familiares en el marco del programa Puente, y de articular la red comunal de los servicios, entre otros. Al igual que en los ámbitos de educación y salud, la gestión descentralizada de la oferta de protección social no está exenta de problemas y puede variar de comuna a comuna. Como señalan Covarrubias et al. (2011), “un punto débil es la falta de capacidad técnica y económica de algunos municipios para llevar adelante estas tareas, debido a la diversidad de las 345 comunas de Chile y a la falta de recursos humanos y financieros de muchas de ellas. Los mismos

⁸³ Para un conjunto de análisis más detalladas de la llamada “revolución pingüina” y sus consecuencias, véase Bellei et al. (2010).

⁸⁴ En estricto rigor, el sistema de protección social – tal como quedó institucionalizado por las leyes N° 19.949 y N° 20.379 consiste en Chile Solidario, Chile Crece Contigo así como el sistema de bonos asociados al SPPS. La red de protección social (‘PROTEGE’), en cambio, se concibió de manera más amplia, integrando un conjunto de programas y políticas sociales además de los sistemas Chile Solidario y Chile Crece Contigo. En la literatura y en la práctica los dos términos muchas veces se utilizan de manera sinónima.

⁸⁵ Véase, <http://www.redprotege.gov.cl/frmQuienesSomos.aspx?idarticulo=36>.

funcionarios municipales suelen quejarse de una sobrecarga de funciones por la incorporación permanente de nuevos programas y prestaciones sociales, sin las transferencias de recursos necesarias para ello; muchas veces los mismos equipos municipales tienen que asumir una variedad de funciones sin contar con la preparación requerida” (p. 169). En otras palabras, falta avanzar en la coordinación vertical de la oferta programática en materia de protección social, incluyendo aquella dirigida a la infancia y adolescencia.

C. Producción de conocimiento y sistemas de información

La prioridad acordada a la protección social y la infancia en la última década han llevado al Estado chileno a encargar una serie de encuestas y estudios relacionados que contribuyen a la producción del conocimiento acerca de la realidad social de los niños, niñas, adolescentes y sus familias así como su progresión en el tiempo. Entre ellos destaca la **Encuesta de Protección Social (EPS)** que se ha venido aplicando repetidamente desde el año 2002 y constituyó una fuente importante de información para la reforma previsional del 2008. Se trata de una encuesta tipo panel encargada por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social que permite el seguimiento de trayectorias laborales y de previsión social a través del tiempo. Dado que su enfoque principal son el mercado laboral (empleo, desempleo, educación, capacitación, etc.) y la seguridad social (pensiones, salud), la información que puede proveer respecto de la protección social de la infancia es limitada⁸⁶. Este vacío se ha empezado a llenar con dos encuestas recientes que se enfocan específicamente en la infancia y adolescencia: la Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia y la Encuesta sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes.

La **Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia (ELPI)**, al igual que la EPS, es una encuesta panel (encargada, en este caso, por el Ministerio de Educación). Su aplicación repetida y diseño longitudinal permitirá el seguimiento de trayectorias de niños y niñas entre 6 meses y 5 años y la evaluación del impacto de las políticas dirigidas hacia la primera infancia. Además de levantar información del desarrollo cognitivo, física y socioemocional de los niños y niñas, la encuesta recoge datos socio-demográficos del hogar y sus integrantes, en particular del cuidador principal (incluyendo información respecto de su situación laboral y previsional). Se aplicó por primera vez entre marzo y junio del 2010 y se volvió a aplicar durante el 2012⁸⁷. En cuanto a la protección social, la encuesta recoge información respecto del conocimiento, participación y apreciación de programas relacionados a ChCC y la atención recibida en los consultorios de salud entre otros⁸⁸.

La **Encuesta sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (EANNA)** que se llevó a cabo en 2012 por encargo del Ministerio de Desarrollo Social. Recopila información sobre actividades de la vida diaria, tareas domésticas, educación (asistencia, desempeño, relaciones), prácticas de deportes y actividades físicas, redes de apoyo, sexualidad, consumo de alcohol, tabaco y drogas, participación y actividades sociales de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años de edad a fin de contribuir al desarrollo de políticas públicas para este grupo de la población. Como señala el Centro de Microdatos (Universidad de Chile) a cargo de la aplicación de la encuesta, EANNA innova en el sentido de que estudia las condiciones de vida desde la perspectiva y el relato de los propios niños, niñas y adolescentes⁸⁹.

Aparte de las encuestas temáticas, existen procesos al interior del Estado para recopilar, administrar y sistematizar la información acerca de la protección social, incluyendo la de las políticas y los programas de protección social a la infancia. De tal forma, en enero del 2008 se creó mediante decreto el **Sistema Integrado de Información Social (SIIS)** bajo la gestión del Ministerio de Desarrollo Social. El SIIS reúne en una base de datos común la información sobre las prestaciones sociales del

⁸⁶ La EPS sí contiene preguntas respecto de la protección social del hogar, por ejemplo, sobre el recibo de transferencias monetarias como el SUF.

⁸⁷ Véase, http://www.elpi.cl/presentacion.php?id_s=1.

⁸⁸ Resultados preliminares de la primera ELPI se encuentran en Behrman, Bravo y Urzúa (2010). Los primeros resultados de la ELPI 2012 fueron presentados en marzo del 2013 (Bravo, 2013).

⁸⁹ Véase, http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/enc_eanna.php. Al momento de esta publicación todavía no se habían dado a conocer los resultados de la Encuesta.

Estado y sus beneficiarios. Funciona como plataforma tecnológica capaz de registrar, almacenar y procesar información acerca de las características demográficas y socio-económicas de la población prioritaria y aborda las limitaciones de comunicación entre los diferentes sistemas de información administrados por distintos organismos públicos. Se alimenta de información proveniente de los programas e instrumentos sociales manejados por el Ministerio (FPS, CHS, ChCC, etc.) y otros servicios públicos en convenio (entre ellos, Junji, Integra, Junaeb y Sename) quienes, a su vez, tienen acceso a la base de datos de la plataforma para realizar consultas en base a la información almacenada. En este sentido, el SIIS constituye “una especie de ventanilla única de información social” (Covarrubias, Irrarrázaval y Morandé, 2011, pág. 182) que permite validar y monitorear a postulantes y beneficiarios, asignar y focalizar prestaciones específicas y adaptar la oferta de programas sociales a las necesidades específicas de la población objetivo. Últimamente, los organismos públicos en convenio (a nivel central y municipal) podrán procesar y utilizar la información a fin de estudiar, evaluar y modificar sus políticas, planes y programas.

III. Conclusiones

El recorrido realizado por la oferta de programas y políticas de protección social a la infancia y adolescencia en Chile da cuenta de una serie de transformaciones e innovaciones que vale resaltar. Partiendo por las características más generales de la matriz de protección social, Chile destaca por la progresividad en su gasto social donde la mayoría de los recursos públicos efectivamente se canalizan hacia los hogares más pobres y las transferencias juegan un papel importante en la reducción de la pobreza de ingresos (Cepal, 2007, 2009). El país también ha realizado esfuerzos pioneros en cuanto al enfoque integral e intersectorial que caracteriza sus políticas y programas de combate a la pobreza. Varios de estos programas se basan explícitamente en el reconocimiento de los derechos sociales y, en el caso de las políticas dirigidas a la primera infancia, los derechos de los niños y niñas. Asimismo, el país ha generado una cantidad importante de información a través de encuestas financiadas por el Estado y la creación de sistemas de información al interior de sus instituciones que permiten conocer en profundidad el alcance de la protección social, así como vacíos. En cuanto a la infancia más específicamente, el país cuenta con una larga trayectoria de políticas y programas dirigidos a niños y niñas de hogares de bajos ingresos, y, más recientemente, los ha incorporado como grupo prioritario en el diseño de su sistema de protección social.

En otras palabras, durante los últimos 20 años la protección social a la infancia y adolescencia ha ganado importancia y visibilidad en la agenda pública y ha habido múltiples avances en cuanto a la construcción de políticas y programas dirigidos a niños, niñas y (en menor medida) adolescentes. Al mismo tiempo, los avances programáticos muchas veces se insertan en estructuras institucionales inalteradas y poco proclives a fomentar la equidad e inclusión social. Esta combinación de cambio y continuidad produce una serie de tensiones y desafíos de cara al futuro.

Primero, el enfoque histórico en la primera infancia se mantiene e incluso experimenta un nuevo ímpetu con la difusión de teorías de inversión social temprana. En un contexto como el chileno, donde la prudencia fiscal es altamente valorada, la promesa de que cada peso invertido en la primera infancia “tasas de retorno varias veces mayor al costo de la inversión original” (Mideplan 2010a, pág. 20), fue clave para la construcción de Chile Crece Contigo, un sistema de protección social integral dirigido a este grupo de edad. En las etapas posteriores, en cambio, tanto el gasto como la oferta programática se concentran en el acceso y la retención escolar a través de programas tradicionales (PAE, PUE, becas) o en la resolución de algunos de los problemas específicos del sistema de educación chileno, en particular,

las brechas entre establecimientos y alumnos tanto en la calidad de la educación recibida como el rendimiento medido por pruebas estandarizadas (SEP, JEC). A diferencia de la primera infancia que cuenta con un sistema de protección integral, la oferta programática para niños/as (6-13) y adolescentes (14-17) ha ido creciendo sin la existencia de una política nacional que fijara objetivos estratégicos y coordinara un conjunto de programas de manera intersectorial para lograrlos. En su lugar co-existen una serie de programas y proyectos que persiguen objetivos de acceso y retención de manera articulada entre sí y entre sectores. No existe, en este ámbito un ente coordinador como Mideplan para asegurar una oferta integrada y transparente que articule prestaciones de distinto tipo (transferencias, programas de acceso, servicios de apoyo a las familias, entre otros).

Se produce, por tanto, una primera tensión entre la persistente inequidad en el sistema educativo más amplio y la relativa escasez de políticas y programas para niños mayores de 4 años, por un lado, y la aspiración de crear “igualdad de oportunidades desde la cuna”⁹⁰ a través de un sistema como Chile Crece Contigo, por otro. La equidad no se construye solamente a través de más y mejores salas cunas u otras formas de estimulación temprana. Si bien estas intervenciones son importantes dado que pueden, en el mejor de los casos, atenuar brechas que ya se empiezan a instalar durante los primeros años de vida, la traducción de oportunidades en resultados es mediada por arreglos institucionales y sociales más allá de la primera infancia. Es decir, incluso un niño perfectamente estimulado durante sus primeros años de vida eventualmente enfrentará el sistema dual –público y privado– de educación básica y media, donde la calidad depende fuertemente de la capacidad de pago.

Segundo, a nivel conceptual y discursivo se avanzó en el reconocimiento de los niños y niñas como sujetos con derecho a la protección social y este enfoque de derechos también se empezó a plasmar en una serie de programas que abordan las vulnerabilidades específicas de los niños, niñas, adolescentes y sus hogares (CHS, ChCC, PAC, automaticidad de subsidios). No obstante, los principios del enfoque de derechos operan principalmente *al interior* de dichos programas y no rigen el “Estado de bienestar a la chilena”⁹¹ en su conjunto. Se produce, por tanto, una segunda tensión entre la presencia creciente de un discurso de derechos sociales en un contexto institucional que favorece políticas focalizadas y asistenciales y, de hecho, garantiza pocos derechos universales a la población⁹². De manera relacionada, la loable focalización de los recursos públicos hacia los alumnos, hogares o establecimientos definidos como vulnerables, también perpetúa la segregación institucional por clases sociales en el sistema educativo y de cuidado –un tema que ha surgido fuertemente en el contexto reciente de las movilizaciones estudiantiles y el cuestionamiento del modelo educacional más generalmente. El recién instalado SPPS sigue esa misma lógica focalizada– creando otro programa dirigido a los hogares en extrema pobreza en vez de avanzar hacia políticas más universales que incorporen al menos a los quintiles medios desprotegidos que tienden a entrar y salir de la pobreza. En cuanto a su lógica interna, el SPPS pareciera privilegiar un discurso y una intervención basada en la motivación y el esfuerzo individual más que en los derechos.

Tercero y relacionado al punto anterior, las políticas y programas de promoción de acceso a la educación y la salud se dirigen en su gran mayoría a niños, niñas y adolescentes considerados vulnerables ya sea por la situación socioeconómica de sus hogares o por otras circunstancias (como el embarazo adolescente). Su objetivo principal es acercar a dicha población a la oferta y asegurar su participación continua. No apuntan, por tanto, a sustituir o modificar las políticas universales, sino a disminuir las desigualdades en su cobertura y, a veces en su calidad. Idealmente, estas políticas permiten la inclusión de grupos vulnerables y su acercamiento al *ejercicio efectivo* de derechos definidos (a la educación, a la salud, al empleo, etc.). No obstante, el problema principal en Chile no pareciera ser de acceso –aunque este sigue siendo un desafío importante en varios sectores, como la educación inicial y secundaria –, sino de segregación institucional (público-privada) y fragmentación en términos de la calidad de la atención recibida. Se produce, por tanto, una tercera tensión entre políticas y programas

⁹⁰ Este era uno de los eslóganes de la administración de la Presidenta Michelle Bachelet.

⁹¹ Esta expresión fue utilizada de manera repetida por integrantes del gobierno de Michelle Bachelet para referirse a un Estado de Bienestar en proceso de construcción, distinto de los Estados de Bienestar clásicos en Europa (entrevistas de la autora).

⁹² Las GES constituyen una excepción en tanto garantizan la atención de un conjunto de patologías a toda la población.

para promover el acceso más equitativo a los servicios sociales y su implementación en estructuras institucionales que siguen operando de acuerdo a una lógica mercado. Esta tensión se refleja claramente en el ámbito de la educación –donde la segmentación del sistema se ha convertido en un tema de debate efervescente– y en el ámbito de la salud –donde los avances en la reducción del gasto de bolsillo de las familias y la limitación del descreme y la discriminación por parte de los seguros privados han sido lentos. Sin cuestionar el impacto positivo de los esfuerzos desplegados durante los últimos diez años, se plantea la pregunta cuanto más lejos se llegará en términos de equidad e inclusión social con programas y políticas de promoción sin emprender reformas estructurales de mayor envergadura.

Finalmente, el proceso de formación y diseño de las políticas de protección social a la infancia y adolescencia sigue desarrollándose de manera centralizada y cerrada con pocas oportunidades para la participación directa de la sociedad civil en términos de diagnósticos y propuestas. Por un lado, este *modus operandi* ha permitido un nivel relativamente alto de coordinación intersectorial, la primacía de criterios e instrumentos técnicos así como la construcción de acuerdos entre el gobierno y la oposición que han permitido un alto grado de institucionalización de programas y políticas. Por otro lado, el proceso de toma de decisiones sobre derechos, políticas y programas generalmente no contempla la participación de actores sectoriales y organizaciones de la sociedad civil. Se produce, por tanto, una cuarta tensión entre la ciudadanía social que ha sido fortalecida través de los programas de protección social de la última década y el ejercicio de la ciudadanía política que no ha formado parte de este proceso. Si bien la voz de los niños, niñas y adolescentes se ha empezado a recoger a nivel de encuestas (como EANNA), no existen espacios o mecanismos institucionalizados para que la ciudadanía participe en la definición de necesidades, vulnerabilidades, inequidades y la manera de enfrentarlas.

Con todo, los desarrollos actuales en materia de protección social a la infancia y adolescencia son expresión viva de los desafíos y de las tensiones que enfrenta la construcción de un 'Estado de Bienestar a la chilena', incluyendo: la (re)definición del rol del Estado y de su peso relativo frente a otras instituciones sociales como el mercado y la familia, la instalación de un enfoque de derechos en un contexto marcado por prácticas asistenciales y focalizadas, la conjugación de políticas sociales más expansivas y una orientación macroeconómica que privilegia la prudencia fiscal. También son reflejo de conflictos 'valóricos' y (des)equilibrios políticos. Así, por ejemplo, los avances limitados en el área de educación sexual y salud reproductiva dan cuenta de la difícil conciliación de los derechos de los adolescentes a la información y la integridad física con el principio de la libertad de enseñanza reivindicada por los sostenedores de establecimientos particulares y subvencionados y protegida por la misma Constitución. Asimismo, la incapacidad de las autoridades apaciguar el conflicto estudiantil y de construir un acuerdo satisfactorio en materia de educación, dan cuenta de las dificultades del sistema político para absorber, procesar y responder a las demandas de los nuevos movimientos ciudadanos. La forma de la que se enfrentarán estos desafíos, determinará en gran medida el rumbo futuro de la protección social a la infancia y adolescencia en Chile.

Se cierra el análisis con una serie de sugerencias para investigaciones futuras, a nivel conceptual y empírico. En primer lugar, hace falta avanzar hacia una mejor disponibilidad de datos así como su análisis respecto del gasto social y su impacto en la infancia. Si bien existe una primera revisión de las experiencias en la región (Curcio, Goldschmit y Robba, 2010) y datos comparables para algunos países (OCDE, 2011), todavía se sabe poco sobre la distribución del gasto por grupos de edad. Una vez que estos datos sean disponibles, sería interesante comparar la experiencia de distintos países en la región para establecer la correlación entre un mayor gasto social dirigido hacia la infancia, el abanico de las políticas y los programas disponibles y sus resultados en cuanto al bienestar infantil.

En segundo lugar, parece importante profundizar el análisis de la relación entre protección social a la infancia y adolescencia y el enfoque de derechos. En particular, falta avanzar en el desarrollo de herramientas conceptuales para diseñar (y analizar) sistemas de protección social a la infancia y adolescencia desde un *enfoque de los derechos del niño*⁹³. ¿Cómo se (re)conceptualizan los pilares

⁹³ Este marco conceptual podría desarrollar el enfoque propuesto para el análisis de los programas de combate a la pobreza por Unicef (2007), por ejemplo.

fundamentales de la protección social desde una perspectiva de infancia y derechos? ¿Existen sectores o áreas de políticas claves para la niñez que han quedado invisibilizados en los enfoques clásicos de la protección social, tal como sucedía desde una perspectiva género? Desde una perspectiva de derechos, ¿qué importancia tiene el protagonismo (o la ciudadanía) infantil y juvenil en la elaboración de diagnósticos sociales y soluciones políticas para las vulnerabilidades que enfrentan los distintos grupos de edad, y cómo se operacionalizaría una mayor participación de los niños, niñas y jóvenes en la formación de las políticas? ¿Cómo se implementa y practica el enfoque de derechos en la provisión de los servicios en instituciones concretas (municipalidades, hospitales, consultorios, colegios, salas cunas, etc.)? ¿Cuáles son los indicadores –más allá del acceso a prestaciones específicas– para medir la calidad en su entrega?

En tercer lugar, se señala el vacío importante respecto de las políticas de protección social para la adolescencia. Hace falta instalar este grupo de edad en la agenda pública, más allá de la preocupación reduccionista con la delincuencia juvenil que ha tendido a producir respuestas basadas en la represión más que en la promoción social. En este sentido nos parece fructífero, explorar los componentes, características y modelos institucionales de un sistema de protección integral a la adolescencia que permite el abordaje integral y coordinado de las vulnerabilidades y necesidades de los/as adolescentes. ¿Cuáles son las vulnerabilidades específicas de niños y niñas mayores de 4 años? ¿Qué cambios institucionales y programas específicos se requieren para enfrentarlas? ¿Qué instituciones deberían liderar y participar en este sistema? ¿Cuáles serían los mecanismos de participación de los mismos adolescentes en la construcción, implementación y evaluación de un tal sistema?

En cuarto lugar, vale resaltar que para ser inclusiva, la protección social debe responder a dimensiones de exclusión cumulativas que generan discriminaciones y barreras en el acceso a oportunidades más allá de la situación de pobreza, como son el género, la etnia, la ubicación geográfica o la existencia de alguna discapacidad. Dado que un abordaje en profundidad de estas dimensiones habría excedido este análisis se sugiere su exploración en investigaciones futuras. A modo de ejemplo, cabe señalar que Chile cuenta, desde hace poco, con una ley que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad (Ley N° 20.442). No obstante, existe poca información sobre la traducción de este marco normativo o su transversalización en políticas y programas de protección social a la infancia. ¿Existen políticas y programas específicos para niños/as y adolescentes discapacitados y sus cuidadores? ¿Cuáles son los avances y desafíos en la transversalización de la discapacidad en las intervenciones de protección social?

Finalmente, parece haber un desequilibrio en la literatura existente que privilegia el análisis del diseño de las políticas de protección social y, en menor medida, su evaluación a nivel de datos agregados, por sobre el proceso de su implementación. Este tema es de particular relevancia en Chile donde las políticas y los programas se diseñan a nivel central, pero se ejecutan a nivel municipal. El documento ha señalado una serie de dificultades respecto de logros más uniformes en distintas áreas debido a las diferentes capacidades financieras y administrativas a nivel local –un tema que por cierto se podría profundizar en estudios posteriores.

Bibliografía

- Abramovic, Víctor (2006), “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo”, *Revista de la Cepal*, N°88.
- Adema, Willem (2011), “Social Policy in the OECD: What lessons for Chile?”, documento presentado a National Social Security Meeting, Santiago de Chile, 12 de octubre.
- Aguilera, Carolina (2009), “Un análisis de las comisiones asesoras presidenciales del gobierno de Michelle Bachelet”, *Documento de trabajo Programa de Gobernabilidad*, Santiago de Chile, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Amar, Mauricio (2007), “Equidad, calidad y derecho a la educación en Chile: Hacia un nuevo rol del Estado”, *Serie Estudios*, N° 9, Valparaíso Biblioteca Nacional del Congreso.
- Anand, Priyanka, Alejandra Mizala y Andrea Repetto (2009), “Using school scholarships to estimate the effect of government subsidized private education on academic achievement in Chile”, *Economics of Education Review*, vol. 28, 370–381.
- Andrade, Carlos y Sara Arancibia (2010) “Chile: interacción Estado-sociedad civil en las políticas de infancia”, *Revista de la Cepal*, N°101, agosto.
- Arenas de Mesa, Alberto (2010), *Historia de la Reforma Previsional Chilena: Una Experiencia Exitosa de Política Pública en Democracia*, Santiago de Chile, Oficina Internacional del Trabajo (OIT).
- ____ (2000), “Cobertura previsional en Chile: Lecciones y desafíos del sistema de pensiones administrado por el sector privado”, *serie Financiamiento del Desarrollo*, N°105, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Arrellano, José Pablo (2004), “Políticas Sociales para el Crecimiento con Equidad: Chile 1990-2002”, *Serie Estudios CIEPLAN*, Santiago de Chile, Corporación de Estudios para Latinoamérica (CIEPLAN).
- ____ (2001), “La reforma educacional chilena”, *Revista de la Cepal*, N°73, abril.
- ____ (1983), “Políticas sociales en Chile: Una breve revisión histórica”, *Revista Iberoamericana de Planificación*, vol. 17, N° 68, 132-150.
- Arzola, María Paz (2010), *Impacto de la Jornada Escolar Completa en el Desempeño de los Alumnos, medido con la Evolución en sus Pruebas Simce*. Tesis de Grado de Magíster en Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Banco Mundial (2010), *Evaluación de Impacto Programa Nadie Es Perfecto, Chile Crece Contigo*. Documento electrónico: http://www.chccsalud.cl/ennep/dctos/Protocolo_de_Investigacion.pdf [2 de noviembre 2012].
- Barba, Catalina y otros (2008), “Protección Social en los Programas Alimentarios del Ministerio de Salud de Chile”, *Cuadernos Médicos Sociales*, vol. 48, N°4, 240-259.

- Biblioteca del Congreso Nacional (BCN) (2012a), *Historia de la Ley N° 20.595: Crea el Ingreso Ético Familiar que establece bono transferencias condicionadas para las familias de pobreza extrema y crea subsidio al empleo de la mujer*, Valparaíso, Biblioteca del Congreso Nacional.
- ____ (2012b), *Historia de la Ley N° 20.637: Aumenta las subvenciones del Estado a los establecimientos educacionales*, Valparaíso, Biblioteca del Congreso Nacional.
- ____ (2011a), *Historia de la Ley N° 20.529: Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Parvularia, Básica y Media y su Fiscalización*, Valparaíso, Biblioteca del Congreso Nacional.
- ____ (2011b), *Historia de la Ley N° 20.545: Modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso del Postnatal Parental*, Valparaíso, Biblioteca del Congreso Nacional.
- ____ (2009), *Historia de la Ley N° 20.379: Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo*, Valparaíso, Biblioteca del Congreso Nacional.
- ____ (2008), *Historia de la Ley N° 20.248: Establece Ley de Subvención Escolar Preferencial*, Valparaíso, Biblioteca del Congreso Nacional.
- ____ (2004a), *Historia de la Ley N° 19.949: Establece un sistema de protección social para familias en situación de extrema pobreza denominado Chile Solidario*, Valparaíso, Biblioteca del Congreso Nacional.
- ____ (2004b), *Historia de la Ley N° 19.966: Establece un régimen de garantías de salud*, Valparaíso, Biblioteca del Congreso Nacional.
- Becerril-Montekio, Victor, Juan de Dios Reyes y Annick Manuel (2011), "Sistema de salud de Chile", *Revista de Salud Pública de México*, vol. 53, N° 2, p. 132-143.
- Bedregal, Paula (2010) "Chile Crece Contigo: el Desafío de la Protección Social a la Infancia", *Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile*, Osvaldo Larrañaga y Dante Contreras (eds.), Santiago de Chile, Uqbar Editores, 237-254.
- Bedregal, Paula y otros (2010), "Hacia la evaluación de 'Chile Crece Contigo': Resultados del estudio piloto", *Revista Médica de Chile*, vol. 138, 791-793.
- Bedregal Paula y otros (2007), *Chile: Lineamientos de política para la Primera infancia (menor de 4 años)*, Santiago de Chile, Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y United Nations Children's Fund (UNICEF).
- Behrman, Jere, David Bravo y Sergio Urzúa (2010), *Encuesta longitudinal de la primera infancia: aspectos metodológicos y primeros resultados*, Santiago de Chile, Centro de Microdatos, Universidad de Chile.
- Bellei, Cristián, Daniel Contreras y Juan Pablo Valenzuela (2010), eds., *Ecos De La Revolución Pingüina: Avances, debates y silencios en la reforma educacional*, Santiago de Chile, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Universidad de Chile.
- Bravo, David (2013), *Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia: Primeros Resultados 2012*. Presentación en el Seminario "Desarrollo en la Primera Infancia: Evidencia longitudinal", Centro de Microdatos, Universidad de Chile, 21 de marzo 2013.
- Burton, Guy (2012), "Hegemony and Frustration: Education Policy Making in Chile under the Concertación, 1990-2010", *Latin American Perspectives*, vol. 39, N°4, 34-52.
- Buvinic, Mayra (1996), "Promoting Employment Among the Urban Poor in Latin America and the Caribbean: A Gender Analysis." *Issues in Development Discussion Paper*, N° 12, Geneva, International Labour Organization (ILO).
- Cámara de Diputados (2012), "Agenda Legislativa de la Infancia: Estado, avances y prioridades", *Cuadernillos Hemiciclo*, N°1, Valparaíso, Cámara de Diputados y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Castiglioni, Rossana (2005), *The Politics of Social Policy Change in Chile and Uruguay. Retrenchment versus Maintenance, 1973-1998*. Nueva York y Londres, Routledge.
- ____ (2001), "The Politics of Retrenchment: The Quandaries of Social Protection under Military Rule in Chile, 1973-1990", *Latin American Politics and Society*, vol. 43, N°4, 37-66.
- Cecchini, Simone, Claudia Robles y Luis Hernán Vargas (2012), "The Expansion of Cash Transfers in Chile and its Challenges: Ethical Family Income", *Research Brief*, N°26, Brasilia, International Policy Centre for Inclusive Growth.
- Cecchini, Simone y Rodrigo Martínez (2011), *Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL (2010), *Panorama social de América Latina 2010*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- _____. (2009), *Panorama social de América Latina 2009*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____. (2007), *Panorama social de América Latina 2007*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL y UNICEF (2012), *Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- _____. (2010), *Pobreza infantil en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Cid, Camilo, (2011a), "Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional", *serie Temas de la Agenda Pública*, vol. 6, N°49, Santiago de Chile, Centro de Políticas Públicas, Universidad Católica de Chile, diciembre.
- _____. (2011b), "Financiamiento Agregado de la Salud en Chile: Año 2008", *Cuadernos Médicos Sociales*, vol. 51, N°3, 143-150.
- Cid, Camilo y Lorena Prieto (2012), "El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 31, N° 4, 310-16.
- Comisión Mujer, Trabajo y Maternidad (2010), *Informe de la Comisión Asesora Presidencial Mujer, Trabajo y Maternidad*, Santiago de Chile.
- Comunidad Mujer (2012), *Detrás de la puerta: Trabajo, roles de género y cuidado*. Santiago de Chile, Comunidad Mujer.
- Consejo Asesor (2006), *El Futuro de los Niños Siempre es Hoy: Propuestas del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia*, Santiago de Chile, julio.
- Cornwall, Andrea (2002), "Making spaces, changing places: situating participation in development", *IDS Working Paper*, N° 273, Sussex, Institute of Development Studies.
- Covarrubias, Francisco, Ignacio Irrazábal y M. de los Angeles Morandé (2011) "Sistema Integrado de Información Social: Chile", *Sistemas Integrados de Información Social: su rol en la protección social*, Viviane Azevedo, César Bouillon y Ignacio Irrazábal (eds.), Centro de Políticas Públicas, Pontificia Universidad Católica, Santiago de Chile, 159-203.
- Curcio, Javier, Ariela Goldschmit y Manuela Robba (2012), *Gasto público dirigido a la niñez en América Latina y el Caribe: Principales experiencias de medición y análisis distributivo*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Dannreuther, Charles y Jasmine Gideon (2008), "Entitled to Health? Social Protection in Chile's Plan AUGE", *Development and Change*, vol. 39, N°5, 845-864.
- Delamaza, Gonzalo (2005), *Tan lejos tan cerca: Políticas públicas y sociedad civil en Chile*, Santiago de Chile, LOM.
- DESUC (2005), *Evaluación Jornada Escolar Completa. Informe Final*, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, División de Estudios Sociológicos (DESUC).
- Dides, Claudia y María Cristina Benavente (2009), *Chile: Derechos y Salud Sexual y Reproductiva: Actualización 2009*, Santiago de Chile, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM).
- DIPRES (2011a), *Balance de Gestión Integral 2010: Subsecretaría de Educación*. Santiago de Chile, Dirección de Presupuesto. www.dipres.gob.cl/574/articles-75274_doc_pdf.pdf.
- _____. (2011b), *Balance de Gestión Integral 2010: Subsecretaría de Salud Pública*. Santiago de Chile, Dirección de Presupuesto. http://www.dipres.gob.cl/574/articles-75337_doc_pdf.pdf.
- _____. (2011c), *Balance de Gestión Integral 2010: Subsecretaría de Planificación*. Santiago de Chile, Dirección de Presupuesto. http://www.dipres.gob.cl/574/articles-75352_doc_pdf.pdf.
- _____. (2011d), *Evaluación programas gubernamentales (EPG): Programa Abriendo Caminos*. Santiago de Chile, Dirección de Presupuesto. http://www.dipres.gob.cl/572/articles-76560_doc_pdf.pdf.
- _____. (2011e), *Balance de Gestión Integral 2010: Instituto de Previsión Social*. Santiago de Chile, Dirección de Presupuesto. http://www.dipres.gob.cl/574/articles-75328_doc_pdf.pdf.
- _____. (2010), *Informe Final: Programa Proyectos de Mejoramiento Educativo (PME) de Enseñanza Básica y Media*. Santiago de Chile, Dirección de Presupuesto. http://www.dipres.gob.cl/574/articles-64127_doc_pdf.pdf.
- _____. (2008), *Evaluación comprehensiva del gasto a la Subsecretaría de Educación (programa de educación preescolar), Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y Fundación Integra*. Santiago de Chile, Dirección de Presupuesto. www.dipres.gob.cl/.../articles-38686_doc_pdf.pdf.

- _____. (2006), *Programa de becas escolares educación básica y media*. Santiago de Chile, Dirección de Presupuesto. http://www.dipres.gob.cl/595/articles-18894_doc_pdf.pdf.
- Dirección del Trabajo (2012), *ENCLA Género 2011. Una mirada a la realidad laboral de trabajadoras y trabajadores. Informe de resultados Séptima Encuesta Laboral*. Santiago de Chile, Dirección del Trabajo.
- Drago, Marcelo. 2006. “La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos”, *Serie Políticas Sociales*, N°121. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Elacqua, Gregory (2011), “For-Profit Schooling and the Politics of Education Reform in Chile: When Ideology Trumps Evidence”, *Documento de Trabajo*, N°9, Santiago de Chile, Instituto de Políticas Públicas, Universidad Diego Portales, julio.
- _____. (2009), “The impact of school choice and public policy on segregation: Evidence from Chile”, *Documento de Trabajo CPCE*, N° 10, Santiago de Chile, Centro de Políticas Comparadas en Educación, Universidad Diego Portales.
- Erazo, Álvaro (2011), “La protección social en Chile: El Plan AUGE: Avances y desafíos”, *serie Financiamiento del Desarrollo*, N° 238, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Fariñas, Ana María (2008), “Formación de Políticas Públicas y “Los Consejos Asesores Presidenciales”, *Revista Mad*, Edición Especial N° 3, Niñez y Políticas Públicas, 47-63.
- Faúndez, Alejandra (1997), “Género, salud y políticas públicas: Del binomio madre-hijo a la mujer integral”, *Serie Estudios de Caso*, Santiago de Chile, Universidad de Chile, Departamento de Ingeniería Industrial, octubre.
- FONASA (2011), *Cuenta Pública 2010-2011*. Santiago de Chile, Fondo Nacional de Salud.
- García, Cristián y Ricardo Paredes (2006), “Reducing the Educational Gap in Chile: Good Results in Vulnerable Groups”, *Documento de Trabajo*, Santiago de Chile, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad Católica de Chile.
- García Marín, Alvaro (2006), *Evaluación del Impacto de la Jornada Escolar Completa*, Santiago de Chile, Universidad de Chile.
- Gideon, Jasmine (2012), “Engendering the Health Agenda? Reflections on the Chilean Case, 2000–2010”, *Social Politics*, vol. 19, N° 3, septiembre.
- Gobierno de Chile (2012), *Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial – Catálogo de prestaciones 2012*. Santiago de Chile, Gobierno de Chile.
- _____. (2000), *Política Nacional a favor de la infancia y la adolescencia 2001-2010*. Santiago de Chile, Gobierno de Chile, Diciembre 2000.
- Gubbins, Verónica, Francisca Browne, Andrea Bagnara, Claudia Cameratti y Ángela Benavente (2005), “Ser menor de cinco años”, *El Eslabón Perdido: Familia, modernización y bienestar en Chile*, J. Samuel Valenzuela, Eugenio Tironi y Timothy Scully (eds.), Santiago de Chile: Taurus.
- Guzmán, Virginia, Ute Seibert y Silke Staab (2010), “Democracy in the Country but not in the Home? Religion, politics and women’s rights in Chile”, *Third World Quarterly*, vol. 31, N°6, 971–988.
- Hardy, Clarisa (2011), “The Red Protege, the Social Protection System, 2006-2010”, *Sharing Innovative Experiences: Successful Social Protection Floor Experiences*, ILO y UNDP (eds.), New York, International Labor Office (ILO) y United Nations Development Program (UNDP), 159-175.
- Herrera, Rodrigo, Osvaldo Larrañaga y Amanda Telias (2010), “La Ficha de Protección Social”, *Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile*, Osvaldo Larrañaga y Dante Contreras (eds.), Santiago de Chile, Uqbar Editores, 265-97.
- Hsieh, Chang-Tai y Miguel Urquiola (2006), “The effects of generalized school choice on achievement and stratification: Evidence from Chile’s school voucher program”, *Journal of Public Economics*, vol. 90, 1477– 1503.
- _____. (2003), “When Schools Compete, How Do They Compete? An Assessment of Chile’s Nationwide School Voucher Program”, *NBER Working Paper*, N°10008, septiembre.
- Huepe, Mariana y Sonia Yanez (2011), *Género y sistema de pensiones*. Manuscrito no publicado, tercer borrador, Santiago de Chile, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), marzo.
- Infante, Antonio y Guillermo Paraje (2010), “Reforma de Salud: Garantías Exigibles como Derecho Ciudadano”, *Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile*, Osvaldo Larrañaga y Dante Contreras (eds.), Santiago de Chile, Uqbar Editores, 77-118.
- Larrañaga, Osvaldo (2010), “Las Nuevas Políticas de Protección Social en Perspectiva Histórica”, *Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile*, Osvaldo Larrañaga y Dante Contreras (eds.), Santiago de Chile, Uqbar Editores, 43-76.

- Larrañaga, Osvaldo y Dante Contreras (2010), "Chile Solidario y el Combate a la Pobreza", *Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile*, Osvaldo Larrañaga y Dante Contreras (eds.), Santiago de Chile, Uqbar Editores, 43-76.
- León, Edgardo y Amanda Martínez (2011), "Estructura y Comportamiento del Mercado de Salud en Chile", Seminario para Optar a Título de Ingeniero Comercial, Santiago de Chile, Universidad de Chile.
- Martinic, Sergio, David Huepe y Ángela Madrid (2008) "Jornada Escolar completa en Chile. Evaluación de Efectos y Conflictos en la Cultura Escolar", *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, vol. 1, N° 1, 124-139.
- McEwan, Patrick (2001) "The effectiveness of public, Catholic, and non-religious private schools in Chile's voucher system", *Education Economics*, vol. 9, N° 2, 103-128.
- Meller, Patricio (1991) "Adjustment and Social Costs in Chile during the 1980s", *World Development* 19 (11), 1545-1561.
- Mesa-Lago, Carmelo (1992), "Social Security and Prospects for Equity in Latin America", *World Bank Discussion Paper*, N°140, Washington D.C., World Bank.
- ____ (1985), "El desarrollo de la seguridad social en América Latina", *Estudios e informes de la CEPAL*, N°43, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- MIDEPLAN (2010a), *Cuatro años creciendo juntos: Memoria de la instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010*, Santiago de Chile, Ministerio de Planificación (Mideplan).
- ____ (2010b) *Sistematización programa Abriendo Caminos: aprendizajes y desafíos*, Santiago de Chile, Ministerio de Planificación (Mideplan).
- ____ (2009a), *Estrategia de apoyo integral a niños y niñas de familias con adultos privados de libertad: El Programa Abriendo Caminos*, Santiago de Chile, Ministerio de Planificación (Mideplan).
- ____ (2009b), *Manual de apoyo para la formación de competencias parentales: Programa Abriendo Caminos*, Santiago de Chile, Ministerio de Planificación (Mideplan).
- ____ (2007) *Chile Crece Contigo - Sistema de Protección Integral a la Infancia. Dossier informativo para encargados comunicacionales de Ministerios, Servicios, Gobiernos Regionales y Municipalidades*, Santiago de Chile, Ministerio de Planificación (Mideplan).
- MINEDUC (2011), *Síntesis de resultados SIMCE 2011*, Santiago de Chile, Ministerio de Educación.
- ____ (2009), *Anuario Estadístico 2009*, Santiago de Chile, Ministerio de Educación.
- ____ (2008), *Indicadores de la Educación en Chile 2007-2008*, Santiago de Chile, Ministerio de Educación.
- MINEDUC, SIMCE y OCDE (2011), *Resultados PISA Chile 2009: Competencias de los Estudiantes Chilenos de 15 años en Lectura, Matemática y Ciencias*, Santiago de Chile, Ministerio de Educación, Sistema de Medición de Calidad de la Educación, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
- Ministerio de Desarrollo Social (2012), *Informe de Política Social 2011*, Santiago de Chile, Ministerio de Desarrollo Social.
- MINSAL (2012a), *Situación actual del embarazo adolescente en Chile*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- ____ (2012b), *Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes "Control Joven Sano" 2012*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- ____ (2010), *Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010: Evaluación final del periodo*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- ____ (2007), *Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2008-2015*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- Morlachetti, Alejandro (2013), "Sistemas nacionales de protección integral de la infancia: fundamentos jurídicos y estado de aplicación en América Latina y el Caribe", *Documento de proyecto*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- ____ (2007), "Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos", *Notas de Población N°85*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Nun, Eleonora y Daniela Trucco (2008), "Informe de Sistematización de Evaluaciones Cualitativas del Programa Puente y Sistema de Protección Chile Solidario", *Revista de Desarrollo Humano, Boletín* 50, 1-17.
- OCDE (2011a), *Doing better for families*, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).
- ____ (2011b), *Education at a glance 2011: OECD Indicators*, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).
- ____ (2010), *PISA 2009 Results: Learning Trends: Changes in Student Performance since 2000 (Volume I)*, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

- _____ (2009), *Doing better for children*, Paris, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).
- _____ (2007) Social expenditure database Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).
- _____ (2004), *Reviews of National Policies for Education: Chile*, Paris, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).
- ODI y UNICEF (2009), *Strengthening social protection for children: West and Central Africa*. London / Dakar: Overseas Development Institute (ODI) / United Nations Children's Fund (UNICEF).
- OHCHR (2006), *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de Las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR).
- OPS (2011), *Estado de la Salud en Chile 2010: Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*, Santiago de Chile, Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Paredes, Ricardo y Juan Ignacio Pinto (2009), “¿El Fin de la Educación Pública en Chile?”, *Estudios en Economía*, vol. 36, N° 1, junio, 47-66.
- Pautassi, Laura y Nieves Rico (2011), “Licencias para el cuidado infantil. Derecho de hijos, padres y madres”, *Boletín Desafíos* N° 12, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Pautassi, Laura y Laura Royo (2012), “Enfoque de derechos en las políticas de infancia: Indicadores para su medición”, *Documento del proyecto*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Pieper Mooney, Jadigwa (2009), *The Politics of Motherhood: Maternity and Women's Rights in Twentieth-Century Chile*, Pittsburgh, Pittsburgh University Press.
- PNUD (2009), *Análisis Encuesta Panel CASEN*, Programa Equidad PNUD Chile, Santiago de Chile, Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD).
- Raczynski, Dagmar (s/f), “Políticas Sociales y de Superación de la Pobreza de Chile”, *Documento Electrónico*, Centro de Política Social para América Latina: www.utexas.edu/colal/ll/center/claspo [1 de octubre 2012].
- Raczynski, Dagmar (2008), *Sistema Chile Solidario y la Política de Protección Social de Chile: Lecciones del pasado y agenda para el futuro*. Sao Paulo y Santiago de Chile, Fundación Fernando Enrique Cardoso y CIEPLAN.
- Raczynski, Dagmar (1987) “Social Policy, Poverty, and Vulnerable Groups: Children in Chile” *Adjustment with a Human Face*, Andrea Cornia, Frances Stewart and Richard Jolly (eds.), Oxford: Clarendon Press.
- Rico, Nieves y Cecilia Rossel (en prensa), “Protección Social a la Infancia”, *Documento de proyecto*, *Documento de proyecto*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Rico, Nieves y Daniela Trucco (en prensa), “Adolescencia, derecho a la educación y al bienestar futuro”, *Documento de proyecto*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Robles, Claudia (2011), “El sistema de protección social de Chile: Una mirada desde la igualdad.” *Documento de proyecto*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rodríguez, Jorge y Lorena Flores (2010), “Protección del gasto público social a través de la política fiscal: el caso de Chile”, *Serie Financiamiento del Desarrollo*, N° 224, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rojas, Jorge (2010), *Historia de la infancia en el Chile Republicano, 1810-2010*, Santiago de Chile, Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI).
- Rossel, Cecilia (2013), “Desbalance etario del bienestar. El lugar de la infancia en la protección social en América Latina”, *Serie de Políticas Sociales* N° 176, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Romaguera, Pilar y Sebastián Gallegos (2010), “Financiando la Educación de Grupos Vulnerables: La Subvención Escolar Preferencial”, *Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile*, Osvaldo Larrañaga y Dante Contreras (eds.), Santiago de Chile, Uqbar Editores, 189-236.
- Sapelli, Claudio y Bernadita Vial (2002), “The performance of private and public schools in the Chilean voucher system”, *Cuadernos de Economía*, vol. 39, N° 118, 423-54.
- Schneider, Mark, Gregory Elacqua y Jack Buckley (2006), “School choice in Chile: Is it class or the classroom?”, *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 25, N° 3.

- SENAME (2012), *Catastro de la Oferta Programática de la red SENAME*. Santiago de Chile, Servicio Nacional de Menores (SENAME).
- Serrano, Claudia (2005a), “La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina”, *Serie Mujer y Desarrollo*, N° 70, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), LC/L.2364-P.
- Serrano, Claudia (2005b), “Familia como unidad de intervención de políticas sociales. Notas sobre el Programa Puente – Chile solidario”, *Informe para la reunión de expertos sobre políticas hacia las familias, protección e inclusión social*, CEPAL, 28 y 29 de junio 2005.
- Staab, Silke y Roberto Gerhard (2011), “Putting two and two together? Early Childhood Education, Mothers’ Employment and Childcare Service Expansion in Chile and Mexico”, *Development and Change*, vol. 42, N° 4.
- Supersalud (2010), *Licencias médicas – gasto por subsidio por incapacidad laboral (S.I.L.)*, Santiago de Chile, Superintendencia de Salud.
- Szot, Jorge (2002), “Reseña de la Salud Pública Materno-Infantil Chilena durante los últimos 40 Años: 1960-2000”, *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, vol. 67, N° 2.
- Tello, Cristóbal (2003), “Niños, Adolescentes y el Sistema Chile Solidario: ¿Una Oportunidad para Constituir un Nuevo Actor Estratégico de las Políticas Públicas en Chile?”, *Revista de Derechos del Niño*, N° 2.
- Tokman, Andrea (2002), “Is Private Education Better? Evidence from Chile”, *Documento de Trabajo*, N° 147, Santiago de Chile, Banco Central.
- UDP (2007), *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2005*, Santiago de Chile, Universidad Diego Portales.
- ____ (2005), *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2005*, Santiago de Chile, Universidad Diego Portales.
- UNICEF (2012a), *Integrated Social Protection Systems: Enhancing equity for children*. Nueva York, United Nations Children’s Fund (UNICEF).
- UNICEF (2012b), “Nueva institucionalidad de infancia y adolescencia en Chile (Aportes de la sociedad civil y del mundo académico)”, *Serie reflexiones Infancia y Adolescencia N° 13*, Santiago de Chile, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- UNICEF y otros (2009a), *Joint Statement on Advancing Child-Sensitive Social Protection*, DFID, HelpAge International, Hope & Homes for Children, Institute of Development Studies, ILO, ODI, Save the Children, UNDP, UNICEF, World Bank.
- UNICEF (2009b) *Índice de Infancia y de la Adolescencia: Una mirada regional y comunal*, Santiago de Chile, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- UNICEF (2007), *Los programas de combate a la pobreza desde la perspectiva de los derechos humanos: Un estudio de cuatro casos en América Latina*. Versión borrador Junio 2007, Panamá, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Urriola, Rafael (2011), “Medir desigualdades e inequidades para mejorar las políticas de salud”, *Cuadernos Médicos Sociales*, vol. 51, N° 3.
- ____ (2006), “Chile: Protección social en salud”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 20, N° 4.
- ____ (2005), “Financiamiento y equidad en salud: el seguro público chileno”, *Revista de la Cepal*, N° 87, diciembre.
- Vargas, Luis Hernán (2012a), “Ingreso Ético Familiar: Presentación y Propuestas. Parte I.” *Asuntos Públicos*, N° 932, Santiago de Chile.
- ____ (2012b), “Ingreso Ético Familiar: Alcances y principales desafíos. Parte II.” *Asuntos Públicos*, N° 933, Santiago de Chile.
- ____ (2011), “Chile Solidario: Pasado y futuro de la vía chilena a la protección social (2003-2011)”, *Revista CIS*, 23-44.
- Vargas, Verónica and Sergio Poblete. 2008. “Health Prioritization: The Case Of Chile.” En *Health Affairs* 27(3), p. 782-792.
- Vergara, Marcos (2011), “Inversiones en el sector de la salud”, *Revista Chilena de Salud Pública*, vol. 15, N° 1, 44-45.

Anexo

CUADRO A.1

PROTECCION SOCIAL A LA INFANCIA: COMPONENTES E INSTRUMENTOS

Componentes	Ejemplos de instrumentos enfocados en la infancia
Transferencias para la prevención y protección frente a riesgos y vulnerabilidades	• Transferencias monetarias con condicionalidades relacionadas a la niñez • Transferencias por nacimiento • Subsidios/asignaciones por hijos/as • Suplementos alimentarios para mujeres embarazadas o en período de lactancia y para lactantes • Programas de alimentación escolar • Apoyo monetario a hijos/as de migrantes
Programas de promoción	
De la capacidad de generación de ingresos	• Servicios y subsidios de capacitación para jóvenes y adolescentes • Subsidios a la contratación de jóvenes • Apoyos especiales al emprendimiento joven • Programas de entrenamiento y educación vocacional
Del acceso a los servicios sociales básicos	• Registro de nacimiento e identidad • Programas de acceso preferencial y retención escolar (becas y subsidios; alimentación y útiles escolares; servicios de cuidado infantil para madres y padres adolescentes; etc.) • Programas de vacunación gratuita para niños/as • Acceso a la salud reproductiva y planificación familiar para adolescentes • Medicamentos y apoyo a afectados por VIH/SIDA • Subsidios de vivienda
Servicios especializados de apoyo a las familias para la identificación, prevención y protección frente a riesgos específicos	• Programas de apoyo psicológico y social y referencia a otros servicios sociales sensible a las vulnerabilidades particulares de la infancia (abandono, violencia, abuso) • Programas de desarrollo de habilidades de crianza • Servicios a víctimas de abandono, violencia y abuso (atención y recuperación) • Programas de apoyo a personas con discapacidad y sus cuidadores • Cuidado de huérfanos hijos de padres y/o madres con VIH/SIDA y otros
Legislación para enfrentar situaciones de inequidad y discriminación	• Derechos relacionados al cuidado y la mater/paternidad • Derechos y el trato equitativo de niños/as con necesidades especiales (discapacidad, adopción, víctimas de violencia y abuso, infractores)

Fuente: Elaboración propia en base a Cecchini y Martínez (2011), Unicef (2012a) y Rico y Rossel (en prensa).

CUADRO A.2
LEGISLACIÓN RELACIONADA A LA PROTECCIÓN SOCIAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Ley	Año	Materia
N° 19.585	1998	Modifica el Código Civil y otros cuerpos legales en materia de filiación, eliminando la discriminación entre hijos legítimos e ilegítimos.
N° 19.688	2000	Modifica la Ley N° 18.962, Orgánica Constitucional de. Enseñanza, en lo relativo al derecho de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes acceder a los establecimientos educacionales "El embarazo y la maternidad, no constituirán impedimento para ingresar y permanecer en los establecimientos de educación de cualquier nivel. Estos últimos deberán además otorgar las facilidades académicas del caso."
N° 19.876	2003	Reforma constitucional que establece la obligatoriedad y gratuidad de la educación media "La educación básica y la educación media son obligatorias, debiendo el Estado financiar un sistema gratuito con tal objeto, destinado a asegurar el acceso a ellas de toda la población. En el caso de la educación media este sistema, en conformidad a la ley, se extenderá hasta cumplir los 21 años de edad."
N° 20.379	2009	Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo Artículo 12.- garantiza a los niños y niñas que presentan situaciones de vulnerabilidad: "a) acceso a ayudas técnicas para niños y niñas que presenten alguna discapacidad. b) acceso gratuito a sala cuna o modalidades equivalentes. c) acceso gratuito a jardín infantil de jornada extendida o modalidades equivalentes. d) acceso gratuito a jardín infantil de jornada parcial o modalidades equivalentes para los niños y niñas cuyos padre, madre o guardadores no trabajan fuera del hogar. e) acceso garantizado al "Chile Solidario" a las familias de niños y niñas en gestación que formen parte de las familias a que se refiere el artículo 1° de la ley N° 19.949.
N° 20.418	2010	Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de regulación de la Fertilidad Artículo 1°.- Establece el derecho universal "a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial" de acuerdo a "la edad y madurez psicológica de la persona a quien se entrega". También establece la obligación de los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado de "incluir dentro del ciclo de Enseñanza Media un programa de educación sexual, el cual, según sus principios y valores, incluya contenidos que propendan a una sexualidad responsable e informe de manera completa sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados, de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta cada establecimiento educacional en conjunto con los centros de padres y apoderados." Artículo 2°.- Establece el derecho a "elegir libremente, sin coacción de ninguna clase y de acuerdo a sus creencias o formación, los métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina, que cuenten con la debida autorización" En caso de la anticoncepción de emergencia establece que si esta fuera solicitada por una persona menor de 14 años, "funcionario o facultativo que corresponda, sea del sistema público o privado de salud, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar, posteriormente, al padre o madre de la menor o al adulto responsable que la menor señale".
N° 20.422	2010	Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad Artículo 9.- establece que el Estado adoptará las acciones para asegurar "a los niños con discapacidad el pleno goce y ejercicio de sus derechos, en especial el respeto a su dignidad, el derecho a ser parte de una familia y a mantener su fertilidad, en condiciones de igualdad con las demás personas" así como "las medidas necesarias para evitar las situaciones de violencia, abuso y discriminación de que puedan ser víctimas las mujeres y niños con discapacidad". Artículo 10.- establece que se considerará en toda actividad relacionada con niños con discapacidad en forma primordial la protección de sus intereses superiores.

Anexo II (continuación)

		Artículo 35.- define la Educación Especial como “una modalidad del sistema escolar que provee servicios y recursos especializados, tanto a los establecimientos de enseñanza regular como a las escuelas especiales, con el propósito de asegurar (...) aprendizajes de calidad a niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales asociadas o no a una discapacidad, asegurando el cumplimiento del principio de igualdad de oportunidades”. Artículo 70.- establece que “para la asignación y financiamiento de los servicios y ayudas técnicas que requieran los niños y niñas menores de seis años, será suficiente la determinación diagnóstica del médico tratante y la presentación de un plan de tratamiento.”
N° 20.536	2011	Sobre Violencia Escolar (modifica el Decreto con Fuerza de Ley N° 2 del Ministerio de Educación que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 20.370 General de Educación) Artículo 15a.- suma a los deberes de los establecimientos educacionales “promover la buena convivencia escolar y prevenir toda forma de violencia física o psicológica, agresiones u hostigamientos” Artículo 15b.-establece la obligatoriedad para todos los establecimientos educacionales de crear un Comité de Buena Convivencia escolar u otra entidad con similares características que debe contar con un encargado de convivencia escolar responsable de la implementación de las medidas que determinen el Consejo Escolar o el Comité de Buena Convivencia Escolar Artículo 16a.- define la buena convivencia escolar “la coexistencia armónica de los miembros de la comunidad educativa, que supone una interrelación positiva entre ellos y permite el adecuado cumplimiento de los objetivos educativos en un clima que propicia el desarrollo integral de los estudiantes” Artículo 16b.- define el acoso escolar como “acción u omisión constitutiva de agresión u hostigamiento reiterado, realizada fuera o dentro del establecimiento educacional por estudiantes que, en forma individual o colectiva, atenten en contra de otro estudiante, valiéndose para ello de una situación de superioridad o de indefensión del estudiante afectado, que provoque en este último, maltrato, humillación o fundado temor de verse expuesto a un mal de carácter grave, ya sea por medios tecnológicos o cualquier otro medio, tomando en cuenta su edad y condición” Artículo 16d.- dispone que “revestirá especial gravedad cualquier tipo de violencia física o psicológica, cometida por cualquier medio en contra de un estudiante integrante de la comunidad educativa, realizada por quien detente una posición de autoridad (director, profesor, asistente de la educación o cualquier adulto). “ Establece el deber de toda la comunidad educativa de “informar de estas situaciones a las autoridades educativas” y la posibilidad de sanciones a los establecimientos educacionales con multas de 50 UTM (cerca de \$2 millones de pesos) “en evento que dichas entidades no adoptaren las medidas correctivas, pedagógicas y/o disciplinarias conducentes”.

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO A.3

LEGISLACIÓN RELACIONADA A DERECHOS DE MATER/PATERNIDAD

Ley	Año	Materia
N° 19.250	1993	Modifica libros I, II y V del Código del Trabajo, artículo 2472 del Código Civil y otros textos legales Artículo 181.- extiende el descanso de maternidad al padre en caso de muerte de la madre en el parto o durante el período del permiso posterior a éste (sin goce de fuero, pero con derecho al subsidio) Artículo 185.- extiende el permiso por enfermedad grave de un niño menor de un año y el subsidio correspondiente al padre (en el caso que ambos padres sean trabajadores, y a elección de la madre) y "a la trabajadora o el trabajador que tenga a su cuidado un menor de edad inferior a un año, respecto de quien se le haya otorgado judicialmente la tuición o el cuidado personal como medida de protección". Artículo 185-A.- extiende el derecho al descanso y subsidio de maternidad "a la trabajadora o el trabajador que tenga a su cuidado un menor de edad inferior a seis meses, por habersele otorgado judicialmente la tuición o el cuidado personal del menor como medida de protección".
N° 19.505	1997	Concede permiso especial a trabajadores en caso de enfermedad grave de sus hijos (modificación del Código de Trabajo) Artículo 199 bis.- Establece el derecho de la madre trabajadora (o del padre en caso de que ambos padres sean trabajadores, a elección de la madre) "a un permiso para ausentarse de su trabajo por el número de horas equivalentes a diez jornadas ordinarias de trabajo al año, distribuidas a elección de ella en jornadas completas, parciales o combinación de ambas, las que se considerarán como trabajadas para todos los efectos legales" cuando la salud de un menor de 18 años requiera la atención personal de sus padres con motivo de un accidente grave o de una enfermedad terminal en su fase final o enfermedad grave, aguda y con probable riesgo de muerte. Establece que "el tiempo no trabajado deberá ser restituido por el trabajador mediante imputación a su próximo feriado anual o laborando horas extraordinarias o a través de cualquier forma que convengan libremente las partes. (...) En el evento de no ser posible aplicar dichos mecanismos, se podrá descontar el tiempo equivalente al permiso obtenido de las remuneraciones mensuales del trabajador".
N° 20.047	2005	Establece un Permiso Paternal en el Código del Trabajo Establece el derecho irrenunciable del padre "a un permiso pagado de cuatro días en caso de nacimiento de un hijo, el que podrá utilizar a su elección desde el momento del parto, y en este caso será de días corridos, o distribuirlo dentro del primer mes desde la fecha del nacimiento. Este permiso también se otorgará al padre que se le conceda la adopción de un hijo, contado desde la respectiva sentencia definitiva."
N° 19.408	1995	Modifica el artículo 203 del Código del Trabajo, estableciendo la obligación de mantener salas cunas en establecimientos comerciales Extiende el derecho a sala cuna a las trabajadoras de "los centros o complejos comerciales administrados bajo una misma razón social o personalidad jurídica, cuyos establecimientos ocupen entre todos, veinte o más trabajadoras."
N° 19.591	1998	Modifica el Código del Trabajo en materia de protección a la maternidad Artículo 194.- prohíbe discriminar a la mujer por estado de gravidez. Artículo 201.- extiende el fuero maternal a la trabajadora de casa particular Artículo 203.- extiende el derecho de sala cuna, reemplazando el concepto de establecimiento por el de empresa
N° 20.166	2007	Extiende el derecho de las madres trabajadoras a amamantar a sus hijos aún cuando no exista sala cuna
N° 20.399	2009	Otorga Derecho a Sala Cuna al Trabajador Extiende el derecho a sala cuna al padre trabajador en caso de fallecimiento de la madre trabajadora así como a "el trabajador o trabajadora a quienes, por sentencia judicial, se le haya confiado el cuidado personal del menor de dos años".
N° 20.367	2009	Modifica el artículo 195 del Código del Trabajo y hace extensivo permiso maternal a la madre en caso de adopción de un menor
N° 20.545	2011	Modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso postnatal parental Artículo 197 bis.- Establece el permiso postnatal parental que efectivamente extiende el descanso maternal de 12 a 24 semanas después del parto. Las últimas 6 semanas del permiso pueden ser transferidas, total o parcialmente, al padre a elección de la madre. Artículo 3°.- Extiende (a partir del 2013) el derecho al descanso y subsidio de maternidad así como al permiso postnatal parental a los/las trabajadores/as que, a la sexta semana anterior al parto, no tengan un contrato de trabajo vigente, siempre que registren doce o más meses de afiliación, con anterioridad al inicio del embarazo; ocho o más cotizaciones, continuas o discontinuas, en calidad de trabajadora dependiente, dentro de los últimos veinticuatro meses calendario inmediatamente anteriores al inicio del embarazo; y que la última cotización más cercana al mes anterior al embarazo se haya registrado en virtud de cualquier tipo de contrato de trabajo a plazo fijo, o por obra, servicio o faena determinada.

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO A.4
BECAS PARA LA EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

	Beca Presidente de la República	Beca de apoyo a la retención escolar	Beca Indígena
Descripción	Aporte monetario de libre disposición equivalente a 0,62 Unidades Tributarias Mensuales (UTM) para estudiantes de educación media. La renovación del beneficio queda sujeta a mantener un promedio de notas igual o superior a 6.0 y acreditar que se mantiene la vulnerabilidad socioeconómica.	Aporte monetario de \$172.000 anuales, de libre disposición del alumno, pagado en 4 cuotas que consideran un aumento progresivo hasta finalizar el año escolar. El beneficio es renovable, pudiendo el/la estudiante mantenerlo por los 4 años de enseñanza media.	Aporte monetario a los estudiantes de ascendencia indígena, de libre disposición del alumno. Para la educación básica es de \$93.500 y para la educación media es de \$193.000, ambos pagados en dos cuotas.
Objetivo	Apoyar económicamente a estudiantes de escasos recursos económicos y de un rendimiento académico sobresaliente para que terminen la educación media.	Favorecer la permanencia en el Establecimiento Educacional de los/as estudiantes de educación media con mayores niveles de vulnerabilidad, con el propósito de alcanzar los 12 años de escolaridad obligatoria.	Facilitar el acceso al sistema educativo de los estudiantes indígenas
Población objetivo	Estudiantes de educación media que presenten un rendimiento académico sobresaliente y una situación socioeconómica vulnerable.	Estudiantes de educación media, de establecimientos con altos niveles de vulnerabilidad, calificados de vulnerables por condición de embarazo, maternidad, paternidad y participación en el programa Chile Solidario. <i>(ver también Programa Liceos para Todos descrito más adelante)</i>	Estudiantes de ascendencia indígena de °5 básico a °4 medio que presentan buen rendimiento académico y una situación socioeconómica vulnerable.
Cobertura	26.424 becas en 2005, equivalente a una cobertura de 37% de la población potencial (Dipres 2006).	19.017 en 2009 (Mineduc 2009)	Educación básica: 17.371 becas en 2005 equivalente a una cobertura de entre 22% y 29% de la población potencial. Educación media: 10.630 becas (2005) equivalente a una cobertura de entre 37% y 47% de la población potencial. (Dipres 2006)

Fuente: Elaboración propia en base a Dipres (2006), Mineduc (2009) y la información disponible en http://www.junaeb.cl/prontus_junaeb/site/edic/base/port/becas.html.

CUADRO A.5
GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) POR EDAD

N° GES	Patología / prestación	Grupo de edad
1	Insuficiencia crónica renal terminal	Todos los asegurados
2	Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años	Menores de 15 años
3	Cáncer cervicouterino	Todas las aseguradas
4	Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos	Todos los asegurados
5	Infarto agudo al miocardio	Todos los asegurados
6	Diabetes mellitus tipo I	Todos los asegurados
7	Diabetes mellitus tipo II	Todos los asegurados
8	Cáncer de mama	Mayores de 15 años
9	Digrafías espinales	Todos los asegurados
10	Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 15 años	Menores de 15 años
11	Tratamiento quirúrgico de cataratas	Mayores de 15 años
12	Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa	Mayores de 65 años
13	Fisura labio palatina	Menores de 15 años
14	Cáncer en menores de 15 (leucemia, linfoma)	Menores de 15 años
15	Esquizofrenia	Todos los asegurados
16	Cáncer de testículo	Mayores de 15 años
17	Linfomas	Mayores de 15 años
18	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA	Todos los asegurados
19	Infección respiratoria aguda baja de manejo ambulatorio	Menores de 5 años
20	Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más	Mayores de 65 años
21	Hipertensión arterial, en mayores de 15 años	Mayores de 15 años
22	Epilepsia no refractaria en menores de 15	Menores de 15 años
23	Salud oral integral en niños de 6 años.	Niños de 6 años
24	Prevención del parto prematuro	Todas las aseguradas
25	Trastornos de generación del impulso cardíaco y conducción que requieran marcapaso.	Mayores de 15 años
26	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años	35 a 49 años
27	Cáncer gástrico	Menores de 40 (acceso a tratamiento) Mayores de 40 (acceso a diagnóstico y tratamiento)
28	Cáncer de próstata	Mayores de 15 años
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	Mayores de 65 años
30	Estrabismo en menores de 9 años	Menores de 9 años
31	Retinopatía diabética	Todos los asegurados
32	Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático	Todos los asegurados
33	Hemofilia	Todos los asegurados
34	Depresión	Mayores de 15 años
35	Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas	Todos los asegurados

Cuadro A.5 (conclusión)

N° GES	Patología / prestación	Grupo de edad
36	Ortesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más	Mayores de 65 años
37	Accidente cerebro - vascular isquémico	Mayores de 15 años
38	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio	
39	Asma bronquial en menores de 15	Menores de 15 años
40	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	recién nacido
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada	Mayores de 55 años
42	Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales	Todos los asegurados
43	Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más	Mayores de 15 años
44	Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar	Todos los asegurados
45	Leucemia en mayores de 15	Mayores de 15 años
46	Urgencia odontológica ambulatoria	Todos los asegurados
47	Salud oral integral del adulto de 60 años	Adultos de 60 años
48	Politraumatizado grave	Todos los asegurados
49	Atención de urgencia del traumatismo cráneo encefálico moderado o grave	Todos los asegurados
50	Trauma ocular grave	Todos los asegurados
51	Fibrosis quística	Todos los asegurados
52	Artritis reumatoide	Mayores de 15 años
53	Consumo perjudicial y dependencia del alcohol y drogas en personas menores de 20 años	Menores de 20 años
54	Analgesia del parto	Todas las aseguradas
55	Gran quemado	
56	Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono.	Mayores de 65 años
57	Retinopatía del prematuro	niños prematuros
58	Displasia bronco pulmonar del prematuro	niños prematuros
59	Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro	niños prematuros
60	Epilepsia no refractaria en mayores de 15	Mayores de 15 años
61	Asma bronquial en mayores de 15	Mayores de 15 años
62	Parkinson	Todos los asegurados
63	Artritis idiopática juvenil	Menores de 17 años
64	Prevención secundaria de la insuficiencia renal crónica terminal	Mayores de 15 años
65	Displasia luxante de caderas	Niños de 3 meses
66	Salud oral integral de la embarazada	Todas las aseguradas
67	Esclerosis múltiple remitente recurrente	Todos los asegurados
68	Hepatitis Crónica B	Todos los asegurados
69	Hepatitis Crónica C	Todos los asegurados

Fuente: Elaboración propia en base a <http://augeenlinea.fonasa.cl/portal/>.

CUADRO A.6
PROPUESTAS DE CAMBIOS LEGISLATIVOS EN EL MARCO DE CHILE CRECE CONTIGO

Propuesta	Estado
Modificación del sistema de otorgamiento del Subsidio Familiar (SUF) eliminando los cupos máximos mensuales y garantizando el acceso automático a todas las embarazadas y los niños y niñas, desde su nacimiento y hasta los 18 años de edad, que cumplan con los requisitos.	Proyecto aprobado el 3 de agosto 2007 (Ley N° 20.203)
Traspaso automático al período post natal de los días no utilizados del pre-natal, en el caso de partos prematuros.	Aprobado en el marco de la reforma a la licencia de maternidad el 17 de octubre 2011 (Ley N° 20.545)
Derecho a decidir traspasar hasta las tres primeras semanas del descanso y subsidio pre-natal al post-natal. Con expresa voluntad de la madre, autorización médica, del sindicato y la Dirección del Trabajo.	No aprobado en el marco de la reforma a la licencia de maternidad el 17 de octubre 2011 (Ley N° 20.545)
Derecho de las madres trabajadoras a amamantar a sus hijo(as), independiente de si existe sala cuna en el lugar de trabajo.	Proyecto aprobado el 23 de enero de 2007 (Ley N° 20.166)
Extensión del postnatal a un año en caso del nacimiento de un hijo(a) con discapacidad.	Proyecto ley no enviado
Extensión del 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 normal desarrollo.	Proyecto ley no enviado
Establecer un plazo no mayor de dos meses para que un niño o niña sea declarado susceptible de adopción.	Proyecto aprobado el 3 de agosto 2007 (Ley N° 20.203)
Derecho a licencia y subsidio post-natal para madres y padres adoptivos independientemente de la edad del niño o niña adoptado.	En el marco de la reforma a la licencia de maternidad se establece el derecho a 24 semanas de permiso postnatal si el niño tiene menos de seis meses y 12 semanas si el niño tiene más de seis meses de edad (Ley N° 20.545)
Derecho a post-natal desde el momento que los padres se hacen cargo del niño o niña y no desde cuando exista sentencia definitiva de adopción.	Proyecto ley no enviado

Fuente: Elaboración propia en base a Consejo Asesor (2006), Mideplan (2007) y una revisión de proyectos legislativos.



NACIONES UNIDAS

Serie**CEPAL****Políticas Sociales****Números publicados****Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en****www.cepal.org/publicaciones**

178. Does discourse matter in the politics of building social pacts on social protection?. International experiences”, Vivien A. Schmidt, (LC/L.3649), 2013.
177. Principales determinantes de la integración de las TIC en el uso educativo. El caso del Plan CEIBAL-Uruguay, Daniela Trucco y Andrés Espejo, (LC/L.3628), 2013.
176. Desbalance etario del bienestar: el lugar de la infancia en la protección social en América Latina, Cecilia Rossel, (LC/L.3574), 2013.
175. Flexibilización laboral en el Perú y reformas de la protección social asociadas: un balance tras 20 años, Álvaro Vidal Bermúdez, Fernando Cuadros Luque, Christian Sánchez Reyes, (LC/L.3444), 2012.
174. Protección social en la Argentina, Fabian Repetto, Fernanda Potenza Dal Masetto, (LC/L.3370), 2011.
173. Avances en el Primer Objetivo de Desarrollo del Milenio e inversión social, Rodrigo Martínez y Amalia Palma, (LC/L.3392), 2011.
172. Las tecnologías de la información y las comunicaciones en la formación inicial docente de América Latina Mario Brun, (LC/L.3391), 2011.
171. Políticas y prácticas de las tecnologías de la información y las comunicaciones en educación en países de América Latina y El Caribe, J. Enrique Hinojosa, Christian Labbé, (LC/L.3335-P), 2011.
170. Innovación social y desarrollo económico local, Luz Ángela Rodríguez Escobar, María Elisa Bernal y Luis Mauricio Cuervo, (LC/L.3330-P), 2011.
169. Aprender y enseñar con las tecnologías de la información y las comunicaciones en América Latina: potenciales beneficios, Guillermo Sunkel, Daniela Trucco y Sebastián Möller, (LC/L.3291-P), 2011.
168. Aplicación de las tecnologías de la información y las comunicaciones en los sistemas de salud de Bélgica, Dinamarca, España, Reino Unido y Suecia, Javier Carnicero y David Rojas, (LC/L.3267-P), 2010.
167. Nuevas tecnologías de la información y la comunicación para la educación en América Latina. Riesgos y oportunidades, Guillermo Sunkel y Daniela Trucco, (LC/L.3266-P), 2010.
166. Impacto Social de la incorporación de las TIC en el sistema educativo, Rubén Kaztman, (LC/L.3254-P), 2010.
165. Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe, Andrés Fernández, Enrique Oviedo, (LC/L.3244-P), 2010.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: Correo electrónico: