

Desarrollo Infantil Temprano: evaluación de acciones asociadas a planes de beneficios en salud de dos países de América latina, Argentina y Chile



Por **Gabriela Concetti**

Medica – UNLP
Ministerio de Salud de la Nación:
Especialista en Pediatría
Magister en Sistemas de Salud y
Seguridad Social. Universidad ISALUD

En las últimas décadas los países de América latina han incluido en sus agendas políticas públicas que promueven las acciones destinadas a potenciar el Desarrollo Infantil Temprano (DIT), así como también han incorporado los Planes de Beneficios de Salud (PBS) destinados a explicitar la cobertura de ciertas condiciones de salud consideradas prioritarias. La presente investigación procura indagar las políticas públicas implementadas en Argentina y Chile en el periodo 2005-2015 vinculadas a los Planes de Beneficios en Salud en materia de desarrollo infantil temprano, y de la implementación de una cultura de evaluación de tales estrategias.

Planteo del problema

¿Cuáles han sido los mecanismos de incorporación de la problemática del Desarrollo Infantil Temprano por parte de los Planes de Beneficios de Salud implementados en Argentina y Chile en lo que respecta específicamente al menú prestacional, la explicitación de un abordaje intersectorial y de una cultura evaluativa de tales acciones? El objetivo general de este trabajo es indagar acerca de la presencia y tipos de mecanismos de abordaje implementados en relación a la promoción del Desarrollo Infantil Temprano por parte de los PBS establecidos en Argentina y Chile a lo largo de 10 años (2005-2015). Son objetivos específicos:

- a) Establecer un análisis comparativo del menú prestacional correspondiente a los planes de beneficios de salud de Argentina y Chile en relación a la problemática del DIT.
- b) Indagar acerca de cuáles han sido los mecanismos de abordaje interinstitucional del DIT planteados desde su diseño por parte de los PBS.

- c) Reconocer y analizar la presencia o no de una cultura evaluativa o de instrumentos de medición de efecto e impacto en relación a las acciones implementadas en torno al DIT por parte de los PBS.
- d) Contrastar los desempeños observados en relación al DIT presentes en los PBS de ambos países.

Tipo de estudio

Revisión de literatura y de documentos técnicos disponibles a la fecha, mediante la aplicación de un método de análisis cualitativo y comparativo entre países.

Modelo de Carneiro y Heckman. "Curva de Heckman". Índice de Retorno de Inversión en Capital Humano a diferentes edades



Fuente: elaboración propia. Datos tomados del Banco Mundial y otras fuentes.

VARIABLES Y DIMENSIONES

Menú prestacional: a) Presencia y tipo de cobertura de un menú prestacional orientado a patologías y estrategias sanitarias que inciden en la morbilidad materno-infantil. b) Presencia de prestaciones orientadas al DIT. c) Establecimiento de criterios de calidad prestacional.

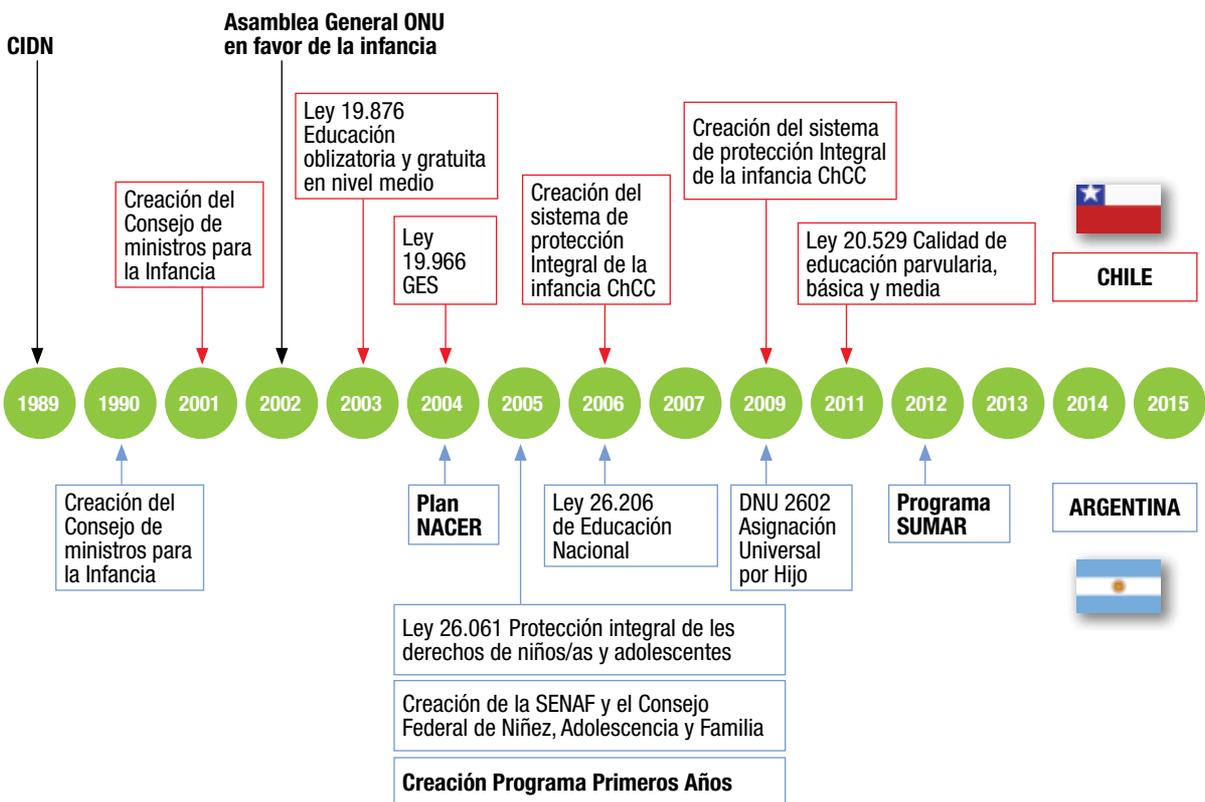
Articulación con otros actores relevantes en DIT: Nivel de explicitación del abordaje intersectorial en el diseño del PBS.

Monitoreo y evaluación de desempeño de la implementación de PBS en relación al DIT: Presencia y características de mecanismos de monitoreo, y evaluación de efecto e impacto en los PBS bajo estudio y sus desempeños observados.

La muestra seleccionada está compuesta por PBS implementados en Argentina y Chile: Plan Nacer/Programa Sumar y Plan Auge y PADBP, respectivamente.

Las fuentes de información son la recopilación bibliográfica, los do-

Políticas públicas en DIT: Argentina y Chile



cumentos clave y los informes de resultados.

Marco teórico

“El desarrollo infantil temprano se refiere al desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y socio-emocional de los niños y niñas de 0 a 8 años, de una manera integral para el cumplimiento de todos sus derechos” (UNICEF, 2014). El mismo es producto de la carga genética que el individuo posee, como así también resultado de la capacidad de interactuar con el medioambiente que lo rodea y con los factores posibilitadores que ese entorno le ofrece (determinantes), y donde la presencia de injurias tanto externas (violencia, maltrato, carencia de nutrientes) como internas (patologías infecciosas, neurológicas, etcétera), en los primeros años de vida, pueden afectar la adquisición de nuevas habilidades.

Esto ha cobrado importancia desde el punto de vista económico, ya que tanto el crecimiento de la economía como el desarrollo social de los países se verá influenciado positivamente si sus poblaciones han tenido mayor acceso al desarrollo de habilidades y capacidades en forma temprana (Sen, 2000). Esto coincide con el impacto que generan los programas de educación al potenciar una tasa de retorno de inversión mayor respecto tanto de las oportunidades de desarrollo como del bienestar social, en la medida que las acciones

se hayan focalizado en etapas tempranas de la vida (Carneiro, Cunha y Heckman, 2003).

Por otra parte, tras la sanción en el año 1989 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN), los Estados miembros adoptaron medidas y promulgaron leyes tendientes a sostener en forma adecuada el bienestar de la niñez, garantizando los derechos allí promulgados. Estos marcos jurídicos, junto a la evidencia existente en cuanto a promoción del DIT, permitieron establecer las bases para que Argentina y Chile elaboraran estrategias destinadas a dar respuestas a las brechas de equidad existentes en relación al desarrollo infantil en la primera infancia, mediante la implementación de políticas públicas de objetivos similares en su origen, pero con diferencias metodológicas al momento de su diseño e implementación.

Políticas sociales y sanitarias orientadas a la Primera Infancia en Argentina

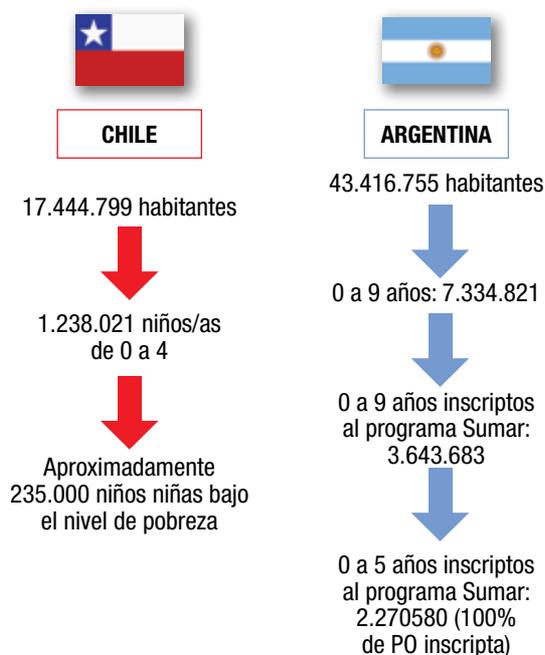
La Asignación Universal por Hijo (AUH) fue creada mediante Decreto de Necesidad y Urgencia 2602/2009. Con su dictado, la Presidencia de la Nación amplió los alcances de la Ley 24.714 del año 1996, que establecía el régimen de asignaciones familiares (AF) para los tra-

Indicadores sociodemográficos: Argentina y Chile

	Chile	Argentina
Indicadores socio demográficos		
Población total (2015)	18.006.407	43.416.755
Población de 0 a 5 años		3.428.566 (8,8%)
PBI per cápita PPA (2015) (dólares)	23.366,60	20.364,40
Índice de Desarrollo Humano (2015)	0,847	0,827
Índice de Gini	50,45 (2013)	42,7 (2014)
Gasto en Salud total (% del PBI)	7,8 (2014)	4,8 (2014)
% PBI destinado a Salud, Sector Público (2014)	3,9	2,7
Financiamiento de sistema de salud	Mixto: público - privado. Fonasa e ISAPRE. FFAA	Mixto: público - privado. Obras sociales nacionales y provinciales
Esperanza de vida al nacer (años)	81 (2014)	76 (2014)
Indicadores niñez		
Mortalidad		
TMI (2015)	7	9,7
RMM x 100 mil NV	22 (2015)	39 (2015)
Morbilidad		
Tasa de retraso de crecimiento en menores de 5 años	1,8 (2014)	8% (2005)
Tasa de emancipación en menores de 5 años	0,3% (2015)	1,2% (2005)
Prevalencia de niños de 5 años con rezago o retraso de desarrollo	30% en niños e/ 6 meses y 4 años y 11 meses	No se estableció como objetivo la medición de rezago en el desarrollo
Educación		
Acceso a Jardín Maternal	39%	4%

Fuente: Relevamiento 2011. Programa Remediar+Redes. Ministerio de Salud de la Nación.

Planes de Beneficios de Salud: Población objetivo



bajadores formales. Según el Ministerio de Salud (año 2013) el 89% de los niños y niñas estaría en condiciones de percibir asignaciones familiares: hijos de trabajadores informales más personas pertenecientes al régimen contributivo.

La Asignación por Embarazo para Protección Social (AxE) es un sistema de transferencias monetarias que contempla a las mujeres embarazadas que cursan de la semana 12 a la 40 de embarazo, consistente en un ingreso provisto por el Estado nacional y destinado a mujeres que residen en el territorio nacional en situación de vulnerabilidad, las cuales no deben contar con cobertura de Obra Social, ni poseer otro tipo de asignación familiar.

Ambas estrategias constituyen políticas de transferencias condicionadas, ya que la percepción de este beneficio está sujeta al cumplimiento de ciertas condiciones: control de salud y asistencia escolar de niños y niñas, y cumplimiento de controles de salud en mujeres embarazadas.

El Programa Primeros Años fue creado en el año 2005 bajo la órbita del Consejo Nacional de Políticas Sociales y de los ministerios de Desarrollo Social, Salud, Trabajo, Empleo y Seguridad Social, y Justicia y Derechos Humanos, mediante un convenio que integra diferentes recursos y con la colaboración técnica del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Tiene como objetivo principal generar condiciones familiares comunitarias e institucionales que permitan promover el DIT a partir de un abordaje integral y con la finalidad de establecer entornos protectores de los derechos de niños y niñas de 0 a 4 años. Sus objetivos específicos son la formación y el fortaleci-

miento de redes territoriales que acompañen a las familias en su rol de crianza, contribuyendo al fortalecimiento de las mesas locales intersectoriales destinadas al abordaje del DIT. En lo que respecta específicamente al sector salud, los objetivos estuvieron orientados a mejorar la calidad y cobertura de la atención de mujeres durante las etapas preconcepcional, embarazo, parto y puerperio, y a mejorar la atención de niños y niñas desde el nacimiento, así como la promoción del desarrollo en la primera infancia con enfoque de género.

Políticas sociales y sanitarias orientadas a la Primera Infancia en Chile

El Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo fue implementado en el año 2006 bajo la idea central de que se constituya en un articulador intersectorial de programas y prestaciones orientados a la primera infancia. Su eje neural lo constituye el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB), cuyo objetivo principal es proveer las condiciones mínimas de bienestar necesarias para un desarrollo integral de niños y niñas que nazcan en instituciones de salud pertenecientes al sector público. Esto se obtiene en base a la implementación de una atención integral, sistémica y continuada desde su gestación hasta los 4 años. De forma complementaria, el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) brinda apoyo familiar a fin de garantizar que los infantes cuenten con los insumos necesarios para su adecuada atención y cuidado durante la primera etapa del desarrollo. En lo que respecta a la modalidad de financiamiento, el sistema Chile Crece Contigo dispone de recursos procedentes de diversos convenios interministeriales. En relación específica al menú prestacional (PADBP), los recursos provienen del Ministerio de Salud nacional, en convenio con el Ministerio de Planificación.

Planes de Beneficios de Salud

El acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud pública se ha convertido en tema obligado de las agendas políticas de muchos países latinoamericanos. La implementación de PBS busca precisamente reducir las brechas existentes a nivel de coberturas entre los diferentes grupos sociales en que se segmenta la población.

El Programa NACER-SUMAR tiene como población objetivo a las personas de 0 a 64 años sin cobertura explícita de salud. Según datos oficiales, dicho programa contaba a diciembre de 2015 con un total de 12.787.232 beneficiarios, de los cuales 2.270.232 eran niños y niñas entre 0 y 5 años. El conjunto de prestaciones cubiertas constituye el Plan de Servicios de Salud, el cual a su vez sirve de herramienta para la obtención de fondos mediante el sistema de pago

por desempeño, ya que envía señales al equipo de salud acerca de cuáles son las condiciones sanitarias que desde el Ministerio se han fijado como prioritarias. Este conjunto de prestaciones incluye en su diseño la definición de ciertos atributos que en consenso con actores ministeriales y expertos definen la calidad prestacional, siendo un criterio de exigibilidad para su financiamiento mismas.

En el caso chileno, el actual esquema de prestación de servicios de salud está enmarcado en el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). Este régimen establece las prestaciones de servicios prioritarias que los sistemas de financiamiento, FONASA (Fondo Nacional de Salud) e ISAPRES, deben brindar como cobertura a sus beneficiarios, estableciendo Garantías Explícitas en Salud (GES) vinculadas al acceso, oportunidad, calidad y protección financiera que se deben otorgar a ciertas condiciones o enfermedades establecidas como prioritarias.

El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial está enmarcado en el Programa de Atención Integral de la Infancia Chile Crece Contigo, y tiene por objetivo principal proveer las condiciones mínimas de bienestar necesarias para un desarrollo integral de niños y niñas que nazcan en las instituciones de salud pertenecientes al sector público.

Menú Prestacional

Presencia y tipo de cobertura de un menú prestacional orientado a patologías y estrategias sanitarias que inciden en la morbilidad materno-infantil. El Plan Nacer/Programa Sumar cuenta con

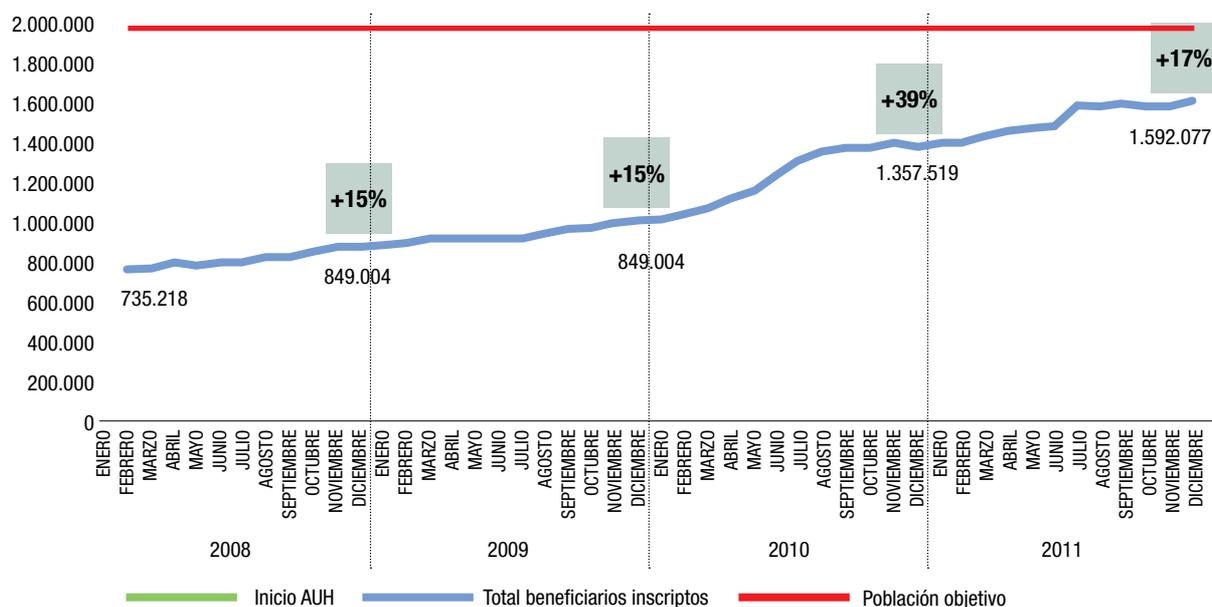
un conjunto de prestaciones orientadas a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento (esto último solo para patologías como atención del recién nacido prematuro, de cardiopatías congénitas y ciertas malformaciones neonatales) que inciden en la morbilidad materno infantil. Las mismas fueron seleccionadas de acuerdo a los objetivos del Ministerio de Salud en relación a la salud materno infantil. La explicitación de estos cuidados no cuenta con un marco jurídico que defina la obligatoriedad de cobertura por parte del subsector público del sistema de salud.

En el caso chileno, el plan AUGE ofrece garantía explícita de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad (ley 19.966) para aquellas condiciones de salud que inciden en la morbilidad materno infantil, estimadas por carga de enfermedad, medicina basada en la evidencia, oferta prestacional y preferencias sociales. La diferencia sustancial de este tipo de cobertura es que está destinado al sector, tanto público como privado, y que la cobertura abarca desde el diagnóstico y el tratamiento (médico- quirúrgico) hasta la rehabilitación. El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial no cuenta con prestaciones destinadas a la reducción de la morbilidad materno infantil.

Presencia de prestaciones orientadas específicamente al DIT. El programa Sumar cuenta con una presencia parcial de prestaciones enfocadas en la promoción del DIT, con prestaciones orientadas al financiamiento de talleres y consejerías en pautas de crianza y cuidado infantil.

En el plan AUGE, el DIT no constituye una patología incluida en el

Sinergia Plan Nacer-Asignación Universal por Hijo: porcentaje de incremento anual de inscriptos al Plan Nacer Febrero 2008-diciembre 2011



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por el área Capitas, Programa Sumar, Ministerio de Salud de la Nación.

listado de garantías explícitas, por lo que el menú prestacional orientado a la promoción del DIT está ausente. En el PADBP, por el contrario, la presencia de un menú prestacional orientado al DIT es total, ya que la creación de este programa fue destinado a explicitar la cobertura en cuanto a la promoción del Desarrollo Infantil Temprano, mediante un paquete de prestaciones de características universales con posibilidad desde su diseño de adaptar la oferta brindada según valoración de riesgo del niño y su familia, mediante cinco líneas de acción: fortalecimiento del desarrollo prenatal; atención del proceso de nacimiento; atención de la niña o el niño hospitalizado; atención de niños o niñas en situación de vulnerabilidad; y fortalecimiento del desarrollo integral de niños y niñas.

Establecimiento de criterios de calidad prestacional. En el Plan Nacer-Programa Sumar los criterios de calidad prestacional están establecidos mediante la obligatoriedad en el reporte de datos procedentes del proceso de atención (datos obligatorios mínimos), constituyendo un requisito para la facturación de las prestaciones brindadas, y con la presencia de instructivos que sugieren lineamientos de atención de acuerdo a normativas y protocolos vigentes avalados por las contrapartes ministeriales. En cuanto a la promoción del DIT, el programa no cuenta con lineamientos de calidad específicos orientados en esta temática.

El Plan AUGE presenta criterios de calidad establecidos por ley de acuerdo a guías de práctica clínica que explicitan los cuidados que deben brindarse y la obligatoriedad de cobertura por parte de los entes financiadores (FONASA e ISAPRES). Respecto a la promoción del DIT, este no constituye una patología GES por lo que los criterios de calidad y el modelo de atención están definidos en el menú de prestaciones que componen el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. El mismo establece, diseña y distribuye recursos bibliográficos de apoyo al equipo técnico, la modalidad de atención (lugar y tiempo de duración de las prestaciones ofrecidas) y los aspectos técnicos a indagar por parte del equipo de salud (pesquisa de depresión en las mujeres embarazadas y la evaluación del DIT sistematizada a los 8 y 18 meses de edad, mediante la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, y a los 36 meses mediante el test TEPSI).

Articulación Intersectorial

Nivel de explicitación del abordaje intersectorial en el diseño del PBS. El plan Nacer y su continuación como Programa Sumar planearon desde su diseño e implementación un grado de articulación intersectorial parcial mediante acuerdos formales interministeriales, por ejemplo con el Ministerio de Trabajo-ANSES para programas de transferencia condicionada (Asignación Universal por Hijo y Asignación por Embarazo), estableciendo la obligatoriedad de inscripción al

Programa Sumar como requisito para el cobro del 20% acumulativo anual que se deduce de las transferencias mensuales. Este tipo de articulación favoreció que la tasa de inscriptos al Programa Sumar tuviera a partir de su implementación un 39% de incremento, hasta llegar a un 84% de la población objetivo inscrita para el año 2011, mientras previo a la implementación de la AUH el crecimiento en la tasa de inscriptos había sido de 15%. También se ha favorecido el trabajo intraministerial, mediante la incorporación de prestaciones asociadas al Programa Nacional de Acompañamiento de la Madre y el Recién Nacido (Qunita) que tuvo como objetivo fortalecer el proceso de atención de la mujer embarazada y garantizar el acceso equitativo a insumos y recursos para el cuidado y crianza de niños y niñas desde su nacimiento hasta los primeros meses de vida.

En el caso chileno, por el contrario, el modelo de articulación intersectorial está presente desde su concepción, estableciendo como eje rector al sistema de protección integral de la infancia Chile Crece Contigo. El mismo establece como responsable de la coordinación de las políticas del programa al Ministerio de Planificación, trabajando en conjunto con los ministerios de Salud y Educación. Estos últimos son quienes definen las prestaciones específicas que deberán implementar los equipos de salud. Los menús prestacionales orientados a la población materno infantil establecen como “hito de entrada” al Sistema Integral de Protección de la Infancia el momento en que la mujer embarazada realiza su primer control de embarazo, en tanto el “hito de salida” ocurre cuando el niño o niña ingresa al primer nivel de transición de educación inicial. Una vez ingresada la mujer embarazada o el niño a dicho sistema, se van activando prestaciones específicas de acuerdo al nivel de vulnerabilidad o riesgo detectado. De esta forma, todos los niños y niñas y sus familias cubiertas por la red pública tienen igualdad de acceso, tanto al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) como al de Apoyo al Recién Nacido (PARN). Un punto interesante de articulación es que ciertos factores de vulnerabilidad y riesgo constituyen Garantías Explícitas de Salud (GES). Por ejemplo, la garantía de cobertura de depresión en el embarazo, al igual que el caso de la atención del recién nacido prematuro

Monitoreo y evaluación de desempeño

Presencia y características de mecanismos de monitoreo. El Programa SUMAR presenta una cultura evaluativa bien desarrollada, donde la medición de desempeños se realiza a través de una matriz de catorce indicadores (denominados Trazadoras), ocho de las cuales están orientados al cuidado materno infantil (atención temprana y seguimiento del embarazo, efectividad en el cuidado neonatal en RNPT con peso inferior a 1500 gramos, detección de cardiopatías congénitas en menores de un año, y control de salud e inmunización)

nes en niños y niñas de 0 a 9 años). Estos indicadores determinan una modalidad de pago por desempeño que ajustan una parte de las transferencias monetarias que el Ministerio nacional efectúa en forma capitada a cada una de las provincias. Por otra parte, el flujo de información que establece el programa permite el monitoreo del nivel de reporte de las prestaciones brindadas, independientemente de si están o no presentes en la matriz de desempeño (trazadoras). Esto le brinda la potencialidad de incorporar matrices de monitoreo de estrategias hasta el momento no priorizadas. La obligatoriedad del reporte de ciertos datos procedentes de la práctica clínica (Datos Obligatorios Mínimos) permite conocer, por ejemplo, los registros antropométricos de aquellos niños y niñas que hayan recibido controles de salud posteriormente reportados al programa, lo cual permite conocer el estado nutricional de la población beneficiaria y generar acciones a partir de los datos hallados.

En el caso chileno, el Plan Auge (regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud) tiene presente una matriz de indicadores orientada de monitoreo de los volúmenes acumulados de prestaciones GES financiadas por ambos subsistemas (FONASA e ISAPRES). Por el contrario, el PADBP cuenta con una lógica de monitoreo presente mediante el establecimiento de una línea de base en cuanto al nivel de riesgo y retraso en el desarrollo de la población objetivo, con una matriz de 21 indicadores orientada a los 5 ejes del programa, incluyendo la medición del nivel de articulación intersectorial, la cobertura alcanzada en la aplicación de test de medición de riesgo y retraso del desarrollo (EADP y TEPSI) y de los resultados hallados (porcentaje

de niños y niñas con riesgo y retraso del desarrollo). Otro aspecto que formó parte de la implementación y monitoreo del PADBP es la aplicación del test con validación externa (test de Batelle), lo que permite la comparación con bibliografía internacional de los niveles de riesgo y retraso del desarrollo en la población objetivo.

Presencia y características de mecanismos de evaluación de efecto e impacto. En el caso de Argentina, las evaluaciones de impacto halladas responden a los lineamientos del programa en cuanto a la reducción de la morbimortalidad materno infantil, como el estudio de impacto en las provincias del NEA y NOA en aspectos relacionados con la salud perinatal y el estudio retrospectivo de la situación antropométrica en niños y niñas menores de 5 años durante el periodo 2005-2013. Ambos estudios arrojaron datos positivos en los resultados finales, con un 32% de reducción de la probabilidad de muerte al nacer en grandes maternidades y del 9% de reducción de la probabilidad de presentar bajo peso al nacer para todas las mujeres que asistieron a centros de salud adheridos al Plan Nacer, situación que asciende a una reducción del 19% en el bajo peso al nacer y reducción de más de la mitad en la probabilidad de muerte neonatal si las beneficiarias estaban inscritas al programa. En relación a los resultados intermedios de salud, se observó un incremento del 16% en la cantidad de controles prenatales en las embarazadas inscritas al Plan NACER respecto de las no inscritas, y un aumento del 48% en la aplicación de vacuna antitetánica para el mismo grupo de estudio. El análisis retrospectivo de la situación antropométrica de niños y niñas menores de 5 años evidenció una disminución del

Esquema de prestaciones ofrecidas por el Sistema de Protección Integral de la Infancia Chile Crece Contigo

Políticas públicas orientadas a la promoción del DIT en Chile

Chile Crece Contigo

Hito de entrada a ChCC Contigo
Primer control Prenatal

Hito de salida a ChCC Contigo
Entrada a Pre Kinder

Todos los niños niñas y adultos responsables

Programa educativo masivo (PEM)

Portal web

Fono Infancia

Leyes de protección de niños, niñas y sus familias

Ley 19.966 de Garantías Explícitas de Salud (GES)

Niños y niñas y sus familias que se atienden en la red pública

Políticas públicas orientadas a la promoción del DIT en Chile

Programa de Apoyo al Desarrollo BioPsicoSocial (PADBP)

Programa de Apoyo al Desarrollo del Recién Nacido 1 (PARN)

Patologías GES que inciden en el DIT

Niños y niñas y sus familias que presentan vulnerabilidad

Prestaciones diferenciadas del PADBP

Subsidio Único Familiar (SUF)

Sala de cuna y jardín infantil gratuito

Acceso preferente a programas sociales

Ayudas técnicas para niños y niñas con discapacidad

Fuente: Adaptado de *Cuatro Años Creciendo Juntos. Memoria de la instalación del Sistema de Protección Integral de la Infancia. Chile Crece Contigo 2006-2010.*

retraso del crecimiento del 45% (20,6% en el año 2005 y 11,3% en 2013), 38% de descenso de la prevalencia de bajo peso (4% en 2005 a 2,5% en 2013) (Núñez et al, 2016).

Respecto del caso Chile, se destaca el estudio de evaluación de impacto del programa Chile Crece Contigo (año 2012), donde como resultado final se observó que en aquellas comunas con buena implementación del programa hubo un impacto positivo y estadísticamente significativo sobre el desarrollo infantil (entre 1,73 a 2,54 puntos en el test de Battelle). Dicho impacto es aún mayor en las comunas con un tiempo de implementación mayor. Estos resultados estarían evidenciando una mejora en el desarrollo infantil a nivel poblacional, exhibiendo en cierta medida el éxito del programa y su necesaria continuidad. En cuanto a la encuesta de satisfacción, los resultados hallados evidencian que, si bien resta profundizar la difusión del programa y las prestaciones contenidas, estos tienen una valoración positiva por parte de las beneficiarias que hicieron uso de las mismas.

A partir de la información recopilada se observa como un punto en común entre ambos programas cierta falla en el registro y reporte de las prestaciones brindadas, aspecto que debiera corregirse, ya que limita el monitoreo y evaluación efectiva de las acciones implementadas y la posterior toma de decisiones.

Conclusiones

A partir de las consideraciones precedentes es posible establecer que Chile parece tener un nivel de avance mayor que Argentina en lo que refiere a políticas públicas destinadas a la primera infancia y en especial a la promoción del desarrollo infantil temprano. Cuenta con indicadores de salud consolidados (como una Tasa de Mortalidad Infantil estable menor a un dígito), lo que permitió al gobierno avanzar en materia de salud infantil. En cuanto al modelo de implementación, ha establecido una modalidad de abordaje intersectorial cuyo eje rector es el sistema de salud, quien explicita los modelos de intervención mediante un menú prestacional orientado según los criterios de vulnerabilidad detectados. Presenta una cultura evaluativa instalada a través de la medición de los desempeños propuestos y de estudios

de evaluación de impacto. Los mismos han arrojado resultados positivos acerca de la implementación del PADBP sobre el desarrollo infantil de la población beneficiaria del programa, lo que le otorga solidez y permanencia a través de diferentes gestiones de gobierno. Si bien estos resultados son alentadores, resta realizar estudios de evaluación de impacto a largo plazo, que permitan evaluar en edades posteriores los beneficios esperados a partir de estas estrategias, como una mayor tasa de escolarización e inserción en el mercado laboral.

Argentina, a partir de la implementación del Programa Primeros Años, constituyó una estrategia nacional de abordaje intersectorial de la primera infancia mediante la conformación de mesas de trabajo en los tres niveles de gobierno. Las prestaciones incluidas dentro del menú prestacional del Plan Nacer-Programa Sumar parecen estar más en línea con los objetivos planteados de reducción de la morbilidad materno infantil, con un abordaje del DIT de manera indirecta mediante la cobertura de patologías y condiciones de salud que pueden impactar en el desarrollo infantil. La cultura evaluativa instalada permite desde su diseño reformular la estrategia de pago por desempeño, de manera que incluya a la promoción del DIT dentro del menú prestacional y su matriz de monitoreo. Por último, el establecimiento de menús prestacionales bajo la lógica de pago por desempeño permite —al menos en parte— equilibrar la lógica federal en la gestión sanitaria y social. Esto posibilita establecer metas y objetivos comunes en todo el territorio nacional, respetando la autonomía provincial en base a consenso con cada una de ellas.

Propuestas

- a) Colocar en la agenda pública de gobierno la necesidad de abordar la situación del DIT en la primera infancia.
- b) Elaborar un diagnóstico de situación de la niñez y elaborar una línea de base en cuanto a DIT.
- c) Redefinir Población objetivo de los PBS.
- d) Incorporar prestaciones orientadas a la promoción del DIT con enfoque de riesgo y destinadas a toda la población materno infantil que asistan al subsector público de salud.

Referencias

- Carneiro, P., Cunha, F., & Heckman, J. J. (2003). Interpreting the evidence of family influence on child development. *The economics of early childhood development: lessons for economic Policy*.
- Molina, H., & Torres, A. (2013). *Gestión de políticas y programas de desarrollo infantil temprano*. Santiago de Chile, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Núñez, P. A., Fernández-Slezak, D., Farall, A., Szretter, M. E., Salomón, O. D., & Valeggia, C. R. (2016). Impact of universal health coverage on child growth and nutrition in Argentina. *American journal of public health*, 106(4), 720-726.
- Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, (55), 14-20.
- Silva, V., & Molina, H. (2010). *Cuatro años creciendo juntos: Memoria de la instalación del sistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo 2006-2010*. Ministerio de Planificación de Chile [Internet].
- UNICEF (2016): *Informe anual 2014 UNICEF México*. <https://studylib.es/doc/7214351>.