

**RESUMEN EJECUTIVO  
EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES  
(EPG)**

**PROGRAMA DE APOYO AL RECIÉN NACIDO (PARN)  
MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN  
MINISTERIO DE SALUD**

**PANELISTAS:  
MARÍA LUISA DAIGRE MUÑOZ (COORDINADORA)  
CAROLINA MUÑOZ MENDOZA  
MARÍA EUGENIA ZILIANI ILLANES**

**ENERO – JULIO 2011**

**NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA DE APOYO AL RECIEN NACIDO (PARN)**  
**AÑO DE INICIO: 2009**  
**MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y MINISTERIO DE SALUD**  
**SERVICIO RESPONSABLE: SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN Y SUBSECRETARÍAS DE SALUD PÚBLICA Y DE REDES ASISTENCIALES**

## RESUMEN EJECUTIVO

**PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2009 - 2010**

**PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2011: \$13.150 millones**

### 1. Descripción general del programa

#### ▪ Objetivos de Fin y Propósito

El programa forma parte del Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo (CHCC) cuyo fin es “Potenciar el desarrollo integral de niños y niñas desde la gestación hasta su ingreso a pre kinder, para avanzar en la disminución de las brechas de desigualdad” y por tanto el PARN tiene el mismo fin. Su propósito es “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 desarrollo”<sup>1</sup>.

#### ▪ Descripción de los componentes del programa con su respectiva modalidad de producción

Para el logro de sus objetivos el PARN ha definido dos componentes: 1) Set de implementos, que consiste en la entrega gratuita de un set de implementos para los niños/as nacidos en hospitales públicos, que se efectúa en las maternidades al momento del alta de las madres, 2) Educación sobre uso de implementos y cuidados básicos de crianza temprana, que se ejecuta en dos modalidades: i) entrega de materiales educativos, y ii) sesiones educativas realizadas en consultorios de Atención Primaria de Salud (APS) durante los controles prenatales y en hospitales previo al alta de las madres.

El PARN se vincula con el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP)<sup>2</sup> dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (MINSAL) y con el Sistema Intersectorial de Protección Social (SPS) que institucionaliza el Subsistema Chile Crece Contigo (CHCC) del Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). Es un programa de ámbito nacional y su ejecución se inició en septiembre de 2009 por tiempo indefinido.

El presupuesto del PARN está asignado a MIDEPLAN quien lo transfiere a MINSAL para ejecutar el programa. La coordinación técnica está a cargo de MIDEPLAN y MINSAL. Este último gestiona el programa a través de las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, responsables de la dirección y coordinación a nivel central. También participan CENABAST, a cargo de comprar los set de implementos, los Servicios de Salud de coordinar su distribución y la de materiales educativos hacia los hospitales desde donde se entregan a los beneficiarios, y consultorios APS a cargo de actividades educativas.

#### ▪ Población objetivo y beneficiarios efectivos

El programa ha definido como su población objetivo a todos los nacidos/as en establecimientos de la red pública de salud del país, correspondiendo a un total de 58.004 nacidos entre septiembre y diciembre de 2009, y 171.605 nacidos en 2010.

<sup>1</sup> Para efectos del programa se han definido las siguientes condiciones mínimas: i) lactancia materna exclusiva al menos hasta el sexto mes de vida; ii) proteger el sueño regular y facilitar condiciones para un dormir seguro; iii) proveer experiencias tempranas de estimulación como puede ser hablarles, cantarles, jugar y otros; y iv) mantener una relación de cuidados con personas significativas y estables en tiempo.

<sup>2</sup> Se define al PADBP como intervención eje y es implementado por los Servicios de Salud a través de los hospitales y consultorios de APS a nivel nacional. Integra la atención de salud desde el nivel primario al terciario mediante intervenciones psicosociales entrelazadas y forma parte de una red de protección a favor de la primera infancia, basada en la gestión local y que asume al desarrollo infantil temprano como el resultado de las múltiples dimensiones en las que crece y se desarrollan los niños, niñas y sus familias.

## 2. Resultados de la Evaluación

### DISEÑO

El problema que dio origen al programa se define como la falta de condiciones mínimas de bienestar para el desarrollo de los niños y niñas que nacen en familias vulnerables. Existe evidencia a nivel mundial sobre la fuerte asociación entre el bajo nivel socioeconómico y el desarrollo infantil temprano, el que se ve obstaculizado por entornos familiares vulnerables porque ellos no cuentan con recursos suficientes para satisfacer las condiciones de bienestar que requieren sus recién nacidos<sup>3</sup>. La evidencia nacional de vulnerabilidad infantil se verifica en los estudios “ENCAVI (2006), la ENPI (2010), la CASEN 2009 y un estudio reciente para el CHCC (PUC, 2010)”. Sin embargo, la identificación del problema es incompleta, porque si bien se han identificado cuatro condiciones mínimas como prioritarias, no existe evidencia de que ellas son las más carentes en los recién nacidos vulnerables de la población chilena. Tampoco se ha cuantificado la población infantil vulnerable que en Chile carece de esas cuatro condiciones mínimas.

El problema identificado se relaciona con temas distributivos porque se hace cargo de la inequidad socioeconómica que viven los hogares vulnerables, quienes no disponen de los recursos para adquirir en el mercado implementos básicos y no necesariamente tienen acceso a información sobre cuidados y crianza temprana. Ambos factores inciden en el logro de condiciones mínimas de bienestar de los recién nacidos y a partir de ello, el panel evalúa que se justifica el programa. Además, su existencia es concordante con los objetivos del CHCC, tendientes a disminuir brechas de desigualdad originadas en la vulnerabilidad.

Según su estrategia, la educación entregada a las familias y los implementos que contiene el set, constituyen satisfactores de las condiciones mínimas priorizadas. Sin embargo, solo se cuenta con información de los beneficios que otorgan cuatro de los implementos del set<sup>4</sup>, siendo una dificultad que no existan evidencias sobre el aporte específico que el uso de cada uno de esos implementos hace a la satisfacción de las condiciones mínimas. La misma situación afecta a los contenidos educativos del programa<sup>5</sup>.

Los dos componentes del programa son necesarios<sup>6</sup>, pero no es posible evaluar si son suficientes para el cumplimiento del propósito debido a que el enunciado del mismo está formulado con una amplitud que no permite establecer la contribución específica del PARN, en términos de un resultado directo al problema que se pretende resolver, en tanto existen otros factores ajenos al programa que aportan al logro de las condiciones mínimas<sup>7</sup>.

El diseño del Subsistema CHCC no es suficientemente claro respecto a la relación entre el PARN y el PADBP. En el documento oficial de la página web de CHCC, el PARN aparece como un “subprograma” dentro del componente Atención Personalizada del Proceso de Nacimiento del PADBP. En el Catálogo de prestaciones de ese programa, la entrega del set PARN se define como una “actividad” de ese componente, en tanto, en la presentación oficial de CHCC<sup>8</sup> el PARN aparece como “un programa distinto”<sup>9</sup>. Estas imprecisiones son inapropiadas porque ambos programas requieren de total claridad sobre la posición y rol que tienen dentro del subsistema y de las instancias en torno a las que deben coordinarse.

---

<sup>3</sup> Heckmann, 2010; Dworkin, 2000.

<sup>4</sup> Aceite para masajes, bandolera, cuna-corral y cojín de lactancia.

<sup>5</sup> Para la sesión educativa de hospitales se definen los contenidos de construcción de relaciones significativas, ciclo de regulación, cuidados del recién nacido, el llanto del recién nacido, consuelo efectivo, sueño diurno y nocturno e importancia de los ciclos fisiológicos. Sin embargo, dentro de ellos no aparece como contenido específico la lactancia materna que es la primera condición mínima operacionalizada por el programa.

<sup>6</sup> Con ellos se atienden las necesidades de implementos para recién nacidos y de educación a las familias en condiciones de vulnerabilidad, ambas influyentes en la satisfacción de condiciones mínimas de bienestar.

<sup>7</sup> La situación laboral del padre ó la madre del recién nacido; Hembroke, Morris y Bronfenbrenner, 1996; redes de apoyo para las familias de los recién nacidos, Brofenbrenner, Moen y Garbarino, 1984.

<sup>8</sup> Presentación elaborada por MIDEPLAN en agosto del 2010.

<sup>9</sup> Al consultar al equipo del PARN sobre estas inconsistencias, señaló que son dos programas diferentes y que las confusiones obedecen a la necesidad de integrar el PARN al PADBP, porque se le concibe como una “prestación complementaria” a ese programa.

El panel evalúa que los objetivos de ambos programas son complementarios<sup>10</sup> debido a que los dos contribuyen al fin del subsistema CHCC y porque la entrega del set y de educación del PARN, efectivamente refuerzan y complementan la atención personalizada del parto/puerperio y cuidados del RN que propone el PADBP. En esa lógica además, ambos programas atienden una población objetivo en común<sup>11</sup>. Esta complementariedad se concreta mediante la inclusión de las actividades “entrega de set y sesión educativa en hospitales”, en el segundo componente del PADBP<sup>12</sup>, pero no se incluye en el proceso productivo de este programa, las actividades “entrega de materiales y sesión educativa” que el PARN indica realizar en consultorios de APS. Por su parte, al analizar la gestión del PARN, lo que se aprecia es una dependencia hacia el PADBP, expresada en que todo el recurso humano del PARN pertenece al PADBP y por tanto, depende de las indicaciones de este programa para operar, y en que las coordinaciones que aplica el PARN, se enmarcan en los mecanismos de coordinación del PADBP y estos últimos, no necesariamente se focalizarán en las actividades del PARN. Por otro lado, el hecho de que las actividades en APS del PARN no se hayan incluido formalmente en el proceso productivo del PADBP, ha implicado que no existen orientaciones ni procedimientos que aseguren su ejecución, además de no existir evidencias de que esas actividades se estén ejecutando, es decir, se ha afectado la producción del componente educativo del PARN.

Atendiendo lo anterior, se estima que la forma como se ha concretado la complementariedad definida para ambos programas ha sido insuficiente para el logro de la producción del PARN porque es el PADBP el que otorga las condiciones institucionales y organizacionales para que el PARN se implemente, principalmente porque este último no cuenta con soportes propios que le permitan operar de manera independiente. En consecuencia, se evalúa que no se justifica la continuidad del PARN como un programa específico y al mismo tiempo, que es el PADBP la instancia idónea para producir las actividades del PARN.

El programa está en proceso de reformulación respecto de la forma de producción y su costo. Al respecto se han analizado los resultados preliminares de dos estudios efectuados por el PARN sobre alternativas de modalidades de entrega de los set a beneficiarios. El primero de ellos<sup>13</sup> concluye que la modalidad de entrega de un voucher en efectivo le significaría al programa un mayor gasto de M\$15.166.718 anuales, comparando con la modalidad actual para el volumen de compra del año 2010. En consecuencia, se evalúa que, atendiendo a esa comparación, a igualdad de implementos que conforman el set, la actual forma de producción de este componente, en términos del mecanismo utilizado para entregar los implementos, es eficiente.

El segundo estudio en ejecución<sup>14</sup> revisa la modalidad de entrega del set de implementos y presenta las opciones de: i) operador logístico externo retira de bodegas de proveedores y acopia en hospitales y ii) entrega mediante un operador externo en sus dependencias, iii) entrega mediante un operador externo en el domicilio de las beneficiarias, y iv) optimización de la situación actual. Se concluye en forma preliminar, que la alternativa más eficiente es la última opción con un mayor gasto de \$111,6 millones por una sola vez para aumentar la capacidad de bodegaje de los hospitales<sup>15</sup>. La alternativa que implica que la entrega sea efectuada por un operador externo en la modalidad de entrega en sus dependencias a lo largo del país tiene un costo incremental del presupuesto 2011 del PARN de \$2.640 millones anuales. Por su parte, la entrega a domicilio de los beneficiarios significa un costo incremental anual de \$3.000 millones. A juicio del panel, esta modalidad tiene el inconveniente técnico de que el proceso educativo que actualmente se realiza en la sesión educativa en hospitales no estaría acompañada por la tenencia física de implementos, lo que resta fuerza al sentido de complementariedad que tienen ambos componentes. Como contrapartida, la entrega del set no iría acompañada de acciones educativas o de información respecto del uso de los implementos, como si ocurre en la actualidad. Desde el punto de vista de la eficiencia, tampoco

<sup>10</sup> El objetivo del PADBP es acompañar la trayectoria del desarrollo de niñas y niños desde la gestación y hasta los cuatro años edad mediante la entrega de prestaciones universales y focalizadas, que otorga la red pública de salud.

<sup>11</sup> Esto es, madres gestantes, madres puérperas y/o sus acompañantes, y niños que nacen en el sistema público de salud.

<sup>12</sup> Atención personalizada del parto-nacimiento.

<sup>13</sup> Evaluación realizada por MINSAL, “Evaluación económica de los métodos de entrega de los ajueres del PARN del Sistema de Protección a la Infancia CHCC”. Informe preliminar, enero 2011.

<sup>14</sup> Evaluación alternativas operación logística PARN, Informe Final Preliminar. Secretaría Ejecutiva Protección Social. MIDEPLAN, abril 2011.

<sup>15</sup> De acuerdo a información aportada por el programa, un 53,2% de los hospitales declaran que sus condiciones de bodegaje son insuficientes para dar respuesta al PARN.

se aprecian las ventajas a esta modalidad de entrega de los set a beneficiarios toda vez que implica un incremento del 22,8% con respecto del presupuesto inicial del programa para 2011. El panel comparte la conclusión preliminar de este estudio, en el sentido de que la opción más eficiente es la forma de distribución actual en un escenario optimizado.

## ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

La estructura del programa se caracteriza por la adaptación de distintos estamentos institucionales de MIDEPLAN y MINSAL para proveer los recursos humanos que requiere, la que se considera pertinente porque permite distinguir los distintos niveles de responsabilidad jerárquica y sus funciones.<sup>16</sup>

En cuanto a la asignación de responsabilidades, en el nivel central, regional y en CENABAST, el personal encargado es identificable. En el nivel local en cambio, y a pesar de existir una clara asignación de funciones hacia hospitales y consultorios de APS, no existe total claridad del personal encargado de dichas funciones, hecho que afecta la producción. Por ejemplo, en el caso del componente 1, si bien el PARN instruye que la entrega de set la debe realizar un profesional del equipo de salud, en la práctica la falta de recursos humanos en algunos hospitales<sup>17</sup> implica la existencia de una heterogeneidad de perfiles funcionarios que asumen estas labores, afectando la calidad de la atención.<sup>18</sup>

El análisis de los mecanismos de coordinación entre los niveles jerárquicos del PARN señala que los existentes entre la Coordinación nacional y los Servicios de Salud cuentan con una definición y aplicación adecuada para la producción del componente 1<sup>19</sup>. Para el componente 2 en cambio, los mecanismos definidos y efectivamente aplicados por el PARN, se restringen a correos electrónicos informativos sobre la distribución hacia los establecimientos de materiales educativos, sin que den cuenta de la distribución de éstos hacia los beneficiarios, y no abarcan las sesiones educativas. Ello afecta los resultados porque no existen instancias para que el nivel nacional supervise y se informe sobre el desarrollo de estas sesiones, así como tampoco se dispone de información sobre los beneficiarios a los cuales se les ha distribuido el material educativo. En consecuencia, esta coordinación es insuficiente porque no resguarda la complementariedad entre componentes que el diseño establece.

La asignación de recursos para financiar los set de implementos, incluyendo el material educativo que se entrega dentro del set, se basa en el número esperado de nacimientos en la red pública de salud para el año siguiente, estimación realizada sobre el número de nacimientos ocurridos en el año anterior. Este criterio es adecuado porque se trata de una variable objetiva en directa relación con la meta del componente, que es entregar un set de implementos a cada niño/a nacido en establecimientos públicos.

En relación al componente 2, la asignación se basa en la estimación de demanda que se calcula sobre el número de gestantes para los materiales que se entregan en la sesión educativa de APS<sup>20</sup>. Durante las visitas a terreno en consultorios de APS, el panel ha constatado que, la producción no satisface en forma completa la demanda de material educativo, debido a que el stock disponible no permite entregar un ejemplar a cada gestante<sup>21</sup>, situación que podría repetirse en otros establecimientos. Se evalúa que esto afecta la eficacia del programa, toda vez que la sola revisión del material en el consultorio no asegura la adecuada comprensión de los contenidos y con ello, el cumplimiento de los objetivos educativos.

---

<sup>16</sup> Estos niveles son: i) nivel central representado por MIDEPLAN y MINSAL a través de una coordinación nacional a cargo de la dirección y gestión del programa, que cuenta con un representante de cada ministerio, ii) nivel regional-provincial, correspondiente a los Servicios de Salud que a través de sus Gerencias CHCC tienen funciones de coordinación logística, y iii) nivel local, donde se encuentran los hospitales y consultorios de APS, cuya función es la ejecución operativa. También está CENABAST que, por mandato de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se encarga de comprar los set de implementos mediante licitación pública y gestionar los contratos con proveedores.

<sup>17</sup> De acuerdo a una encuesta sobre implementación del PARN aplicada a jefes de maternidad en noviembre de 2010, en un 23,4% de los hospitales no cuentan con recurso humano suficiente para llevar a cabo las actividades del PARN.

<sup>18</sup> Se ha verificado, mediante las visitas a terreno, que la entrega de los sets es llevada a cabo por funcionarios de bodega, quienes no cuentan con los conocimientos técnicos para orientar sobre los implementos y su uso. En el caso del componente 2, el PARN no ha expresado una definición clara de quiénes son los encargados de realizar las actividades educativas en APS, lo que impide la responsabilización individual y se expresa en falta de evidencias sobre la efectiva ejecución de estas actividades.

<sup>19</sup> Correspondencia electrónica y conversaciones telefónicas en torno a las actividades de distribución de set a los hospitales y entrega a los beneficiarios.

<sup>20</sup> La estimación se basa en el número de gestantes y de partos del año anterior, según reportes del DEIS.

<sup>21</sup> De acuerdo a observación en terreno, algunos consultorios APS no entregan el material a los beneficiarios, sino que éstos lo revisan durante su permanencia en el establecimiento y luego deben devolverlos.

El programa no cuenta con un sistema formal de seguimiento que le permita evaluar su implementación mediante una metodología planificada y sistemática, en orden a alimentar la toma de decisiones durante su ciclo de gestión. Sí existen instrumentos que monitorean aspectos específicos del proceso productivo<sup>22</sup> y que dan lugar a tres bases de datos. Ellas entregan reportes pertinentes sobre el nivel de producción y beneficiarios del componente 1, en tanto sobre el componente 2 sólo reportan el total de beneficiarios de sesiones de hospitales. Por lo anterior, la información de las bases de datos es insuficiente para el monitoreo de la producción y la cuantificación de resultados<sup>23</sup>. A pesar de estas debilidades, actualmente el PARN se encuentra aplicando una Encuesta de satisfacción usuaria, instrumento que contribuirá a mejorar la función de seguimiento del programa.

## EFICACIA Y CALIDAD

Atendiendo a la relación de causalidad entre la producción y el propósito del PARN, y considerando los resultados preliminares de la encuesta de satisfacción usuaria y uso de los implementos, que señalan un elevado uso de cada uno de los implementos<sup>24</sup> y que un 82% de los usuarios/as se declaran “muy satisfechos” con la utilidad que prestan para el cuidado de los recién nacidos, se formula la hipótesis de que el nivel de producción alcanzado por el programa en los años 2009 y 2010 en términos de beneficiarios efectivos (niños/as que han recibido el set y madres que han asistido a actividades educativas en hospitales), da cuenta de que esos niños/as habrían obtenido un avance en el logro de las condiciones mínimas, en comparación con la situación que hubieran vivido si no hubieran accedido a los implementos y la educación que otorga el programa. Se considera que este logro del objetivo es parcial ya que existirían 22.768 nacidos en hospitales públicos que no estarían avanzando en estas condiciones mínimas por no haber recibido set de implementos<sup>25</sup>.

**Tabla 1: Resultados de producción PARN**

	2009	2010
Total nacidos en red pública	58.004	171.605
N° sets entregados (1)	53.190	153.651
Número beneficiarios (cuidadores) sesiones educativas en hospitales (2)	s.i.	75.573 (3)
N° dípticos informativos PARN	150.000	150.000
DVD distribuidos	0	5.000
Cobertura componente 1	91,70%	89,50%
Cobertura componente 2	s.i.	59% (4)

Notas: (1) El número de sets entregados corresponde al total de beneficiarios de cada año. Asimismo, corresponde a igual número de material educativo distribuido dentro de los sets.

(2) No existe información respecto de sesiones educativas en APS.

(3) El registro se lleva desde abril de 2010, y corresponde al 59% de los beneficiarios que recibieron set en ese período.

(4) Esta cobertura se refiere solo a beneficiarias que han participado en sesiones educativas en hospitales.

La tabla 1 anterior muestra la producción del componente 1, que alcanzó a 53.190 sets entregados entre septiembre y diciembre de 2009 y 153.651 en el año 2010, correspondiente a igual número de beneficiarios efectivos, lo que se considera insuficiente para el cumplimiento de las metas del programa que establecen que el 100% de los nacidos en hospitales públicos deben recibir set de implementos<sup>26</sup>. En cuanto a la producción del componente 2, el programa no conoce el número de sesiones educativas realizadas en hospitales y APS en el período analizado, lo que se evalúa en forma negativa. No obstante,

<sup>22</sup> Tales como: i) control demanda set de implementos según hospital, ii) control de requerimiento de entrega mensual de set por hospitales y distribución mensual que se les realiza, y iii) registro de entregas de los set de implementos y de asistencias a las sesiones educativas de los hospitales.

<sup>23</sup> No se conoce el número de sesiones educativas realizadas en APS. Asimismo, se desconoce el número de beneficiarios de dichas sesiones, ni se conoce a cuántos beneficiarios han llegado los materiales educativos correspondientes a dípticos y DVDs (materiales que no están incluidos dentro de los sets).

<sup>24</sup> El detalle respecto al uso de los implementos corresponde a: un 90% el aceite, un 96% el Mudador, un 88% los pañales, un 97% la cuna, un 99% para el Colchón, frazadas, sabanas y colcha, y un 85% para las prendas de vestir, y un 58% la bandolera. Además, un 82% de los usuarios consultados, declara haber recibido información sobre cuidados del recién nacido.

<sup>25</sup> De acuerdo a lo señalado por el programa, ello se debe a subregistro en el sistema virtual del número de set entregados. El panel no dispone de evidencia que fundamente este subregistro y por tanto, ante la falta de antecedentes objetivos, no puede validar esta explicación.

<sup>26</sup> Tal como señala la nota anterior, el programa sostiene que ello se debe a subregistro informático de la entrega de sets.

el panel ha efectuado una estimación del número de sesiones educativas<sup>27</sup> que alcanzan a 12.596 entre abril y diciembre 2010, período del cual se cuenta con información. Además, se distribuyeron a los establecimientos 300.000 dípticos informativos, 5.000 DVDs, sin embargo, no es posible pronunciarse sobre la pertinencia de este nivel de producción porque se desconoce cuántos de éstos llegaron efectivamente a los beneficiarios. También se distribuyeron materiales educativos a los beneficiarios dentro de los set de implementos –uno por set-, producción que se evalúa adecuada porque permite la complementariedad de ambos componentes. La Fundación Integra aportó 100.000 libros “Creciendo Juntos” que fueron entregados a igual número de beneficiarios, cifra que corresponde a una meta acotada en función del número de ejemplares disponibles. Esta entrega, producto de una coordinación ocasional con Fundación Integra, no se articuló con las demás actividades educativas del PARN. Se evalúa que la entrega del libro sin acompañarla por una actividad educativa que le dé sentido a su uso y lectura no se justifica, ya que el panel no comparte el supuesto implícito de que el solo hecho de entregarlo aseguraría su lectura y correcta comprensión de su contenido.<sup>28</sup>

Los beneficiarios del componente 2 que asistieron a talleres educativos en hospitales alcanzaron a 75.573 madres, padres y cuidadores/as que recibieron set de implementos en el período comprendido entre abril y diciembre de 2010<sup>29</sup>, número que se evalúa insuficiente ya que en ese período se entregaron un total de 129.035 sets. No se conoce el número de beneficiarios de las actividades educativas en APS ni el número de beneficiarios que recibieron dípticos o DVDs, lo que se evalúa en forma negativa.

En el año 2009, la cobertura del componente 1 alcanzó al 91,7% de los nacidos/as en establecimientos de la red pública de salud, en tanto para 2010 fue de 89,5%. Al analizar la cobertura por puntaje de FPS (ver tabla 2)<sup>30</sup>, se aprecia que las mayores coberturas se registran en los deciles 4, 5, 3 con cifras cercanas al 100%. Siguen los deciles, 2, 6 y 7 con coberturas alrededor del 96%. Sin embargo, en el decil 1, que concentra a las familias de mayor vulnerabilidad, el programa solo alcanza al 92,6% de los beneficiarios y no se cuenta con antecedentes que permitan explicarlo. Esto es inconsistente con los objetivos de avanzar en el logro de las condiciones mínimas, porque se supone que la necesidad está presente con mayor fuerza en las familias de este primer decil de vulnerabilidad.

**Tabla 2: Cobertura del programa por deciles de vulnerabilidad FPS - Año 2010**

Decil de vulnerabilidad	Puntaje FPS	Total nacidos en red pública	Total beneficiarios	Cobertura
1	2.072 - 6.035	87.116	80.652	92,6
2	6.036 - 8.500	23.083	22.295	96,6
3	8.501 - 10.320	13.021	12.943	99,4
4	10.321 - 11.734	7.944	8.007	100,8
5	11.735 - 12.666	4.984	4.965	99,6
6	12.667 - 13.484	3.686	3.543	96,1
7	13.485 - 14.236	2.612	2.429	93
8	14.237 - 14.557	1.766	1.561	88,4
9	14.558 - 14.597	952	732	76,9
10	14.598 -	310	226	72,9
Sin información		19.255	16.298	84,6
Total		164.729	153.651	93,3

Fuente: elaboración panel en base a información del PARN

Para el componente 2 fue posible calcular solamente la cobertura de quienes asistieron a sesión educativa en hospitales, y alcanzó al 59% en el período comprendido entre abril y diciembre de 2010. Ello es insuficiente porque no se cumple la complementariedad esperada entre entrega de set y sesiones

<sup>27</sup> Calculadas en base a 75.573 asistentes con un promedio de 6 personas por sesión educativa.

<sup>28</sup> Además, el hecho de que el programa no haya evaluado la necesidad de continuar entregando el libro es indicativo de que no considera indispensable este material para el cumplimiento de los objetivos del componente, por tanto se puede concluir que mientras no se evalúe la pertinencia técnica de este material, no se justifica su inclusión.

<sup>29</sup> En abril comenzó a registrarse la asistencia a sesiones educativas en hospitales.

<sup>30</sup> El dato oficial de nacimientos en la red pública proviene del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) de MINSAL (171.605 nacimientos en 2010), información que difiere de aquella que maneja MIDEPLAN y sobre la cual pudo obtenerse la distribución por decil de vulnerabilidad. Las razones que dan cuenta de dicha diferencia no pudieron ser dilucidadas en la presente evaluación.

educativas. Respecto de la entrega de materiales educativos, la cobertura de los materiales incluidos dentro de los sets se evalúa satisfactoriamente ya que esta fue del 100% de quienes los recibieron.

Se evalúa que las deficiencias descritas en cuanto al nivel de producción, beneficiarios y cobertura del componente 2, se deben a falencias en la gestión del programa, originadas en la indefinición de la relación entre el PARN y el PADBP. El hecho que solo la sesión educativa en hospitales forme parte del proceso productivo del PADBP, tiene como consecuencia que las actividades educativas en APS no se han institucionalizado en la atención primaria, es decir, no existen instrucciones ni procedimientos que garanticen su cumplimiento y producto de ello, tampoco existe evidencia de su ejecución.

Se considera una insuficiencia que el programa no haya contado hasta ahora con información que permita hacer un análisis crítico de la pertinencia de los implementos que contiene el set, en relación a las diversas realidades de familias vulnerables y las distintas necesidades y costumbres que puedan tener, factores que influyen directamente en el uso efectivo que se dé a los implementos. Por ejemplo, está ausente el análisis de si la cuna con todas sus especificaciones técnicas, o la bandolera, han resultado ser la alternativa más adecuada para las familias vulnerables. Aporta a este análisis la información preliminar obtenida recientemente donde se señala la limitada valoración que tiene el implemento bandolera para las usuarias, quienes además plantean como necesidad el implemento coche<sup>31</sup>. Avala lo anterior, la información preliminar entregada por el mismo estudio sobre el uso de implementos, donde la cuna tiene el mayor porcentaje de uso (97%) y el más bajo, la bandolera (58%). Se evalúa que esta línea de análisis es necesaria para optimizar la eficacia del programa, por lo que debe profundizarse.

El PARN focaliza su acción hacia los nacidos en establecimientos asistenciales de la red pública de salud y, en el entendido que persigue potenciar el desarrollo integral de niños/as disminuyendo brechas de desigualdad, declara que es una prestación de carácter universal para esta población, sin hacer distinciones. Este criterio obedece al supuesto implícito de que en estos establecimientos se atiende la población más vulnerable del país. El análisis de cobertura del PARN muestra que del total de beneficiarios del componente 1, el 90,9% en 2009 y 89,4% en 2010 cuentan con Ficha de Protección Social, de los cuales el 97,2% (47.002 personas) en 2009 y 96,4% (132.405 personas) en 2010, se ubican en los seis primeros deciles de vulnerabilidad, definidos por el CHCC como población prioritaria de atender (ver tabla 3).

**Tabla 3: Distribución de beneficiarios por decil de vulnerabilidad**

Año	Decil de vulnerabilidad										Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
2009	30.586	7.712	4.062	2.270	1.386	986	661	419	203	68	48.353
%	63,3	15,9	8,4	4,7	2,9	2	1,4	0,9	0,4	0,1	100
<b>% acum.</b>	<b>63,3</b>	<b>79,2</b>	<b>87,6</b>	<b>92,3</b>	<b>95,2</b>	<b>97,2</b>	<b>98,6</b>	<b>99,4</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	
2010	80.652	22.295	12.943	8.007	4.965	3.543	2.429	1.561	732	226	137.353
%	58,7	16,2	9,4	5,8	3,6	2,6	1,8	1,1	0,5	0,2	100
<b>% acum.</b>	<b>58,7</b>	<b>75</b>	<b>84,4</b>	<b>90,2</b>	<b>93,8</b>	<b>96,4</b>	<b>98,2</b>	<b>99,3</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	
Sept 2009- Ene 2011	112.675	30.594	17.382	10.512	6.507	4.634	3.147	2.018	952	299	188.720
%	59,7	16,2	9,2	5,6	3,4	2,5	1,7	1,1	0,5	0,2	100
<b>% acum</b>	<b>59,7</b>	<b>75,9</b>	<b>85,1</b>	<b>90,7</b>	<b>94,1</b>	<b>96,6</b>	<b>98,3</b>	<b>99,3</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Fuente: PARN

Los partos totales del país el año 2010, distribuidos por decil de vulnerabilidad y por tipo de prestadores donde se atendieron (ver tabla 4), muestra que los partos atendidos en establecimientos privados, que no forman parte de la población objetivo del programa, atendieron 66.159 partos (28,5% del total) y de éstos el 40,3% (26.671 partos) corresponden a madres clasificadas en el 60% más vulnerable. Ello significa que el 16% de los partos de los deciles 1 al 6 no se atienden en la red pública de salud. Llama la atención el elevado número de partos en el primer decil de vulnerabilidad que atienden sus partos en

<sup>31</sup> Estudio de Satisfacción Usuaría PARN. Resultados Preliminares (Mayo 2011) correspondientes al 50% de la información levantada en la fase cuantitativa, es decir, 500 encuestas realizadas en las 4 grandes macrozonas del país. Se señala que el 93% de las encuestadas cambiaría la bandolera y un 68% agregaría un coche al set.



establecimientos privados (11.646). De acuerdo a información entregada por el programa, eso se podría explicar por un número de partos que en 2010 fueron derivados a establecimientos privados en la región del Maule como consecuencia del terremoto. Otro factor que podría incidir es que la condición de vulnerabilidad no se relaciona directamente con los ingresos o capacidad de endeudamiento, por tanto podrían haber personas dentro de los deciles más vulnerables que acceden a establecimientos privados usando la modalidad PAD-PARTO de FONASA, institución que les ofrece la posibilidad de préstamos para hacer frente al copago. Al respecto, el panel considera que si estas beneficiarias cuentan con capacidad de pago para efectuar estos copagos, también podrían contar con recursos para adquirir sus set de implementos. Otra explicación a esta situación es que la FPS no asigna capacidad de generar ingresos a las mujeres embarazadas, lo que las hace descender en su decil de vulnerabilidad. Aún cuando el panel comparte la lógica de estos argumentos no puede validarlos porque no se cuenta con evidencias de que ellos sean efectivamente la explicación del alto porcentaje de nacimientos de niños vulnerables en establecimientos privados. Por otra parte, existe una cantidad de 24.895 partos que constituyen población potencial y objetivo del programa de acuerdo al criterio de focalización vigente, es decir, que atendieron sus partos en establecimientos públicos, los cuales no se encuentran en los 6 primeros deciles de vulnerabilidad (población objetivo del sistema de protección social). De ellos, 5.640 se ubican en los deciles 7 al 10 de vulnerabilidad y 19.255 no están clasificados. Dado que el proceso de la aplicación de la FPS es voluntario para acceder a beneficios del Estado que son focalizados, se puede presumir que aquellos sin información (o gran parte de ellos) pertenecen a deciles de menor vulnerabilidad, dada su baja probabilidad de obtener beneficios. En función de lo anterior, se evalúa que el criterio utilizado para la focalización del programa no es adecuado ya que focaliza en los prestadores de la red pública de salud de la atención de salud (parto) y no en la población que efectivamente presenta mayor vulnerabilidad.

**Tabla 4: N° de partos totales según prestadores, por decil de vulnerabilidad, año 2010**

Decil de vulnerabilidad	Total nacidos público (1)	Total nacidos privados	Total nacidos sin información	Total nacidos	Distribución porcentual
1	87.116	11.646	16	98.778	42,5
2	23.083	4.186	6	27.275	11,7
3	13.021	3.351	5	16.377	7,1
4	7.944	2.889	5	10.838	4,7
5	4.984	2.401	2	7.387	3,2
6	3.686	2.198	1	5.885	2,5
Sub total	139.834	26.671	35	166.540	71,7
7	2.612	1.940	-	4.552	2
8	1.766	1.763	-	3.529	1,5
9	952	1.200	2	2.154	0,9
10	310	545	-	855	0,4
Sin inf.	19.255	34.040	1.228	54.523	23,5
Total	164.729	66.159	1.265	232.153	100
Distrib. %	71	28,5	0,5	100	-
Distrib. % deciles 1 al 6	84,9	40,3	2,8	71,7	71,7

Fuente: Elaboración del panel en base a datos PARN

Nota: (1) Incluye establecimientos públicos y delegados

## RECURSOS FINANCIEROS

**Tabla 5: Principales resultados de uso de recursos 2009-2010 (miles de \$ 2011)**

	Sept. –Dic. 2009	2010	Variación 2009-2010
Presupuesto inicial Ley de Presupuestos	8.136.821	12.774.549	57%
Presupuesto total del programa (*)	8.423.605	13.940.803	66%
Gasto devengado (**) <sup>32</sup>	4.852.298	13.932.161	187%
Gasto componente 1	4.771.648 (100%)	13.831.615 (99,5%)	190%
Gasto componente 2	263 (0%)	71.474 (0,5%)	27.054%
Gasto promedio por set (componente 1)	89,7	90	0%
Gasto promedio por taller en hospitales (componente 2)	-	2,2	-
Gasto promedio material educativo - dípticos y DVDs (componente 2)	-	0,14	-
Gastos administrativos	80.388	29.072	-64%
% gastos administrativos	1,66%	0,21%	-87%
% ejecución presupuestaria	57,6%	99,9%	73%

Fuente: elaboración panel en base a datos PARN

Notas: (\*) Corresponde al presupuesto consignado en la Ley de Presupuestos más la estimación del gasto con cargo al presupuesto regular de cada ministerio y del PADBP.

(\*\*) Corresponde al gasto de ambas instituciones responsables, MIDEPLAN y MINSAL.

El financiamiento del programa alcanzó a MM\$13.940 en 2010, de los cuales el 91,6% (M\$ 12.774.549) proviene de la asignación específica en el presupuesto de MIDEPLAN, en tanto que el 8,4% (M\$1.166.254) restante son gastos efectuados por MIDEPLAN y MINSAL con cargo a otras asignaciones de sus presupuestos, estimación realizada para efectos de esta evaluación y destinada a financiar gastos de gestión del programa y de producción de componentes.

El gasto devengado alcanzó MM\$4.852 en 2009 y a MM\$13.932 en 2010, lo que significó un aumento de 187% entre ambos años, aumento que se explica porque el programa se inició en septiembre de 2009, operando 4 meses dicho año. En 2010, el gasto se distribuyó en gastos en personal (6,7%), bienes y servicios de consumo (1,1%), inversión (1%) y transferencias (91,2%). Se evalúa que la distribución del gasto es adecuada para la producción de los componentes, ya que en su mayor parte está destinada a la producción (compra de bienes que se entregan a beneficiarios).

En relación a la distribución del gasto entre componentes, en ambos años evaluados el componente 1 es mayoritario (100% en 2009 y 99,5% en 2010). Si bien esta distribución se explica por el mayor costo relativo de los set de implementos en relación al costo de las actividades y materiales educativos del componente 2, es también indicativa de una decisión de política del programa de favorecer el componente 1, lo que se evalúa inadecuado por cuanto ello no propicia la necesaria complementariedad entre ambos componentes para el logro de los objetivos del programa.

**Tabla 7: Gasto Promedio por Unidad de Producto, Componente 1, Sets de implementos licitados 2009-2010 (\$ 2011)**

	N° sets	Precio por set licitado	Costos de producción por set MIDEPLAN/MINSAL (*)	Costo total por unidad de producto del set
Licitación septiembre 2009 - marzo 2010	111.208	76.580	5.083	81.663
Licitación abril 2010 - febrero 2011	165.267	77.241	5.108	82.349
Licitación marzo - agosto 2011	90.000	77.280	n/d	77.280

Fuente: Elaboración panel en base a información PARN

Nota: (\*) Dado que los períodos de las licitaciones no corresponden al año calendario y los gastos de producción si, para hacer la correspondencia se calculó el gasto mensual por el número de meses de cada licitación.

<sup>32</sup> El gasto devengado está compuesto por: i) el gasto devengado de la asignación presupuestaria PARN (2009=M\$4.565.514; 2010 M\$=12.765.907), y ii) la estimación efectuada por el panel de gastos MIDEPLAN/MINSAL con cargo a otras asignaciones de sus presupuestos (2009=M\$286.784; 2010=M\$1.166.254), todos en pesos 2011.

El precio unitario de cada una de las 3 licitaciones para la compra de set de implementos es de \$76.580 (111.208 sets en septiembre 2009), \$77.241 (165.267 sets en abril 2010) y \$77.280 (90.000 en marzo 2011). A las dos primeras<sup>33</sup> se les ha sumado el gasto estimado de producción por set<sup>34</sup> lo que resulta en un gasto promedio por unidad de producto de \$81.663 y \$82.349, respectivamente. Se observa estabilidad en el precio de los sets de las tres licitaciones y también una relación constante entre éste y el gasto de producción por tratarse de costos variables que fluctúan en relación directa con el volumen de producción, lo que se evalúa en forma positiva. Los precios unitarios del set obtenidos en las licitaciones son eficientes, lo que se debe al mecanismo usado por el programa de efectuar compras centralizadas y por volumen que permiten obtener importantes rebajas en el precio. Al comparar los precios unitarios de la última licitación con el valor de mercado de cada uno de los implementos que componen el set (\$174.120)<sup>35</sup>, resulta que el programa obtiene una rebaja de \$96.840 por set, diferencia que aplicada al número de set licitados en 2011 significa un menor gasto de M\$ 8.715.600. En función de lo anterior, se evalúa que la modalidad de compra utilizada por el programa contribuye a la eficiencia en la gestión del mismo.

En el componente 2, las unidades de producto se han separado en dos: sesiones educativas impartidas por matronas en hospitales<sup>36</sup> en 2010 y materiales educativos. Cada sesión educativa tuvo un gasto de \$ 2.200 que corresponde al valor de 30 minutos de matrona (\$4.000 la hora valorizada en base a remuneraciones del sector público), más el 10% de gastos en bienes y servicios de consumo que se utilizan en cada sesión. Al comparar este precio con aquellos de mercado para una actividad educativa similar (\$20.000 por sesión)<sup>37</sup>, se considera que es un costo bajo y apropiado. Por otro lado, el gasto por beneficiario que ha asistido a las sesiones educativas en hospitales, alcanza a \$366 por persona y se evalúa que es un costo bajo, ya que de acuerdo a la valorización de mercado referida, actividades similares ofrecidas por el sector privado tienen un costo por beneficiario de \$3.333. Finalmente, los materiales educativos tuvieron un gasto promedio de \$140 la unidad, que corresponde al promedio entre los dípticos informativos y los DVD<sup>38</sup>. Se evalúa que estos son precios acordes al mercado, ya que se obtuvieron mediante una licitación pública.

Los gastos de administración del programa representan un 1,66% del total del gasto en el año 2009, en tanto al año siguiente estos bajan al 0,21%. El bajo gasto de administración se debe a que el PARN no cuenta con estructura organizacional propia, lo que significa que para estimar este gasto, se asignó el costo del tiempo que dedica al programa el personal encargado de su gestión, que es reducido ya que comparte su tiempo con otras funciones ajenas al programa.

El programa alcanzó al 57,6% de ejecución de su presupuesto en 2009, resultado que se elevó a 99,9% en 2010. La baja ejecución del año 2009 se debe a que el presupuesto inicial estaba programado para 7 meses de ejecución. Sin embargo, la instalación del programa tuvo retrasos en la tramitación de las bases de licitación ante Contraloría General de la República y toma de contacto inicial con proveedores. Esto demoró el proceso de licitación para la compra de set y los gastos no alcanzaron a ser devengados en el año presupuestario. En función de lo anterior, se evalúa adecuado el nivel de ejecución del programa debido a que las causas de la baja ejecución en el año 2009 responden a variables externas que escapan al control del programa.

---

<sup>33</sup> No se cuenta con el cálculo del costo de producción para el año 2011.

<sup>34</sup> Gastos en personal que hace entrega de los set en hospitales y bodegaje

<sup>35</sup> Cotización en el mercado en el marco del estudio "Evaluación económica de los métodos de entrega de los ajuares del PARN del Sistema de Protección a la Infancia CHCC". Informe preliminar, enero 2011.

<sup>36</sup> Se estiman 12.596 talleres, calculados en base a 75.573 asistentes con un promedio de 6 personas por taller. Incluye el gasto en personal y en bienes y servicios de consumo.

<sup>37</sup> Este precio referencial fue obtenido por el panel a partir de entrevistas telefónicas realizadas a tres consultoras especializadas en actividades de educación prenatal y de puerperio, tomando como referencia una actividad que aplica metodología socioeducativa con apoyo de material didáctico y/o audiovisual (en caso que los equipos ejecutores lo requieran), tal cual lo contempla la sesión educativa en hospitales del PARN. Cabe señalar que esta estimación sólo corresponde a costos de producción y no contempla margen de utilidad. El detalle de los gastos estimados corresponde a: \$11.000 por concepto de media hora profesional de matrona, \$6.000.- por concepto de infraestructura y equipamiento (mueble y tecnológico) y \$3.000.- por concepto de materiales de librería u otros didácticos (plumones, lápices, cartulinas, etc.)

<sup>38</sup> El precio por la producción de cada díptico informativo es de \$24,7 y del DVD, \$728 la unidad.

### 3. Justificación de la Continuidad del programa

La vigencia y la magnitud del problema definido por el programa se mantienen. Esto se sustenta en los resultados sobre pobreza y vulnerabilidad socioeconómica que aporta la CASEN 2009 y en la revisión de antecedentes nacionales y de literatura internacional acerca de la infancia temprana<sup>39</sup>, los que no presentan variaciones que hagan cuestionar los fundamentos del PARN. Se considera que el problema de vulnerabilidad seguirá existiendo y a causa de ello, la insatisfacción de las condiciones mínimas de bienestar de los niños nacidos en familias vulnerables. Esto efectivamente mantendrá las brechas de satisfacción de esas condiciones y por tanto, persistirá como necesidad el acceso a implementos por parte de niños vulnerables, y el apoyo educativo para sus familias.

Atendiendo aquello, el diseño del programa es consistente con el problema descrito y sus componentes son necesarios, porque su producción ha obtenido resultados que aportan a la resolución del problema. En términos de niños/as (206.841) que han recibido y han usado el set de implementos<sup>40</sup>, y en términos de madres que han asistido a actividades educativas en hospitales (75.573), da cuenta de que esas personas habrían tenido un avance en el logro de las condiciones mínimas, en comparación con el hecho de que no hubieran contado con ese apoyo. Por otra parte, se ha constatado que existen 26.671 niños y niñas vulnerables que no han accedido a los beneficios del programa debido a un errado criterio de focalización de beneficiarios.

En consecuencia, se evalúa que el diseño del PARN, así como su producción y forma de operar, son concordantes con los objetivos del CHCC tendientes a disminuir las brechas de desigualdad originadas en la situación de vulnerabilidad de las familias donde nacen los niños y niñas con insatisfacción en sus condiciones mínimas, justificándose plenamente su continuidad, con modificaciones a su forma de ejecución actual las que se señalan en el capítulo recomendaciones.

### 4. RECOMENDACIONES

#### Recomendaciones en el ámbito del diseño.

1. Se recomienda que la producción de los bienes y servicios de ambos componentes del PARN sea incorporada por completo en el diseño y producción del PADBP, como parte de la trayectoria de atención en salud pública que este último programa tiene definida para niñas y niños desde la gestación y hasta los cuatro años de edad. Se considera que esta medida tendría efectos positivos para el programa en tanto el PADBP, en su calidad de programa eje del CHCC, cuenta con las condiciones organizacionales para integrar en su oferta a las actividades del PARN, en particular las del ámbito educativo en APS, aumentando las posibilidades de que ellas se realicen con mayor eficacia y eficiencia. Ello favorecería la efectiva complementariedad entre ambos componentes del PARN, lógica que en la actualidad no se cumple ya que no existe evidencia de una producción completa del componente educativo (el programa no conoce si las actividades educativas del PARN en APS han sido efectivamente ejecutadas). Ello se debe a qué las actividades educativas en APS no están incorporadas en el proceso productivo del PADBP ya que no se encuentran internalizadas dentro de la cadena productiva de la atención prenatal en consultorios, a diferencia del componente 1 y de la actividad educativa en hospitales. Esta inserción facilitará el control y seguimiento de las actividades educativas. En relación al presupuesto del PARN, se recomienda que se mantenga la actual asignación específica del programa en la Ley de Presupuestos, lo que permitirá efectuar el adecuado seguimiento financiero del mismo.

2. Se recomienda redefinir la población objetivo del programa aplicando nuevos criterios de focalización. Se propone que se focalice en los niños/as cuyas madres efectúan sus controles prenatales y atienden sus partos en establecimientos de la red pública de salud, y que pertenecen hasta el 60% más vulnerable del país de acuerdo a la FPS.

<sup>39</sup> Resultados del ELPI (2010), de la ENPI (2010) y de ENCAVI (2006).

<sup>40</sup> Los resultados preliminares del Estudio de Satisfacción Usuaría PARN (mayo 2011) señalan niveles de uso de los implementos entre 85% y 99%, con excepción de la bandolera (58%).

3. Se recomienda que MINSAL/MIDEPLAN evalúen en profundidad y determinen, sobre la base de un diagnóstico que arroje antecedentes y cifras representativas de la realidad de los niños/as chilenos, cuáles son las condiciones mínimas que se requiere fortalecer para su desarrollo y cuáles son aquellas que es necesario priorizar. Ello permitirá establecer si la priorización actual es la más adecuada o si es necesario reformularla y por tanto, si la composición actual del set implementos es consistente con esta priorización y, en caso que esto no sea efectivo, que rediseñe la composición del set. Se requiere que haya un alineamiento entre esas necesidades y los satisfactores que se decide entregar.

#### Recomendaciones en el ámbito de gestión

1. Se recomienda que la asignación de funciones en torno a las actividades señaladas, se inserten formalmente en la estructura organizacional del PADBP y a consecuencia de ello, en las funciones de cada una de las unidades de trabajo y funcionarios de la red pública de salud, en tanto sistema que implementa ese programa.

2. Se recomienda que se mantenga la actual modalidad de entrega del set de implementos en los hospitales, considerando: i) incorporar mejoras logísticas (por ejemplo, revisar los calendarios de entrega por parte de proveedores) que tiendan a evitar la sobreacumulación de stock en hospitales y la consecuente sobreocupación del espacio disponible en bodegas; ii) formalizar y estandarizar un sistema de control de stock en calidad y cantidad; iii) establecer un diagnóstico acabado de las reales condiciones logísticas y administrativas con que cuentan los hospitales para cumplir esta función, y en caso que ellas no sean las adecuadas, generar estrategias para apoyar a los hospitales en el cierre de esas brechas.

3. Se recomienda establecer una línea de base que determine el nivel de satisfacción en que se encuentran las condiciones mínimas una vez definida la nueva población objetivo. En concordancia con ello, y luego de dos años posteriores al establecimiento de la línea de base, se recomienda realizar una evaluación de impacto que permita medir el avance (o disminución) experimentada por los beneficiarios del programa en el logro de sus condiciones mínimas de bienestar, por efectos de la intervención de la actividad PARN.

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES  
AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN  
POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN  
RESPONSABLE**

**AGOSTO 2011**



690309011

OF. ORD. N° 01-A/ 2004/

ANT.: Correo electrónico de la Dirección de Presupuesto C-92/11 de Fecha 02 de Agosto de 2011.

MAT.: Respuesta Institucional a Informe Final de Evaluación de Programas Gubernamentales. Programa de Apoyo al Recién Nacido

INCL.: Minuta de Respuesta

SANTIAGO, 11 AGO 2011

A : ROSSANA COSTA C.  
DIRECTORA DE PRESUPUESTOS

DE : M. SOLEDAD ARELLANO S.  
SUBSECRETARIA DE PLANIFICACIÓN

Junto con saludar muy cordialmente, remito a Usted la Respuesta Institucional del Ministerio de Planificación al Informe Final de la Evaluación del Programa de Apoyo al Recién Nacido, emitido por el panel de expertos, en el marco de la Evaluación de Programas Gubernamentales. La respuesta contiene consideraciones y opiniones respecto de las conclusiones a las que llegó el panel en el ámbito del diseño y gestión del Programa.

Además de lo anterior, quisiera destacar la importancia de contar con instancias evaluativas como la que estamos concluyendo, las que sin duda permiten identificar fortalezas y debilidades en el diseño e implementación de los programas sociales. Aprovecho la oportunidad de agradecer a la Dirección de Presupuestos y al panel de expertos que estuvo a cargo de la Evaluación Gubernamental, cuyo trabajo, en conjunto con el de nuestra Institución y el Ministerio de Salud, permitieron obtener los resultados que se plantean y que a su vez debieran permitirnos mejorar y optimizar nuestra gestión por el bienestar de los niños y niñas más vulnerables de Chile.

Sin otro particular, le saluda atentamente,

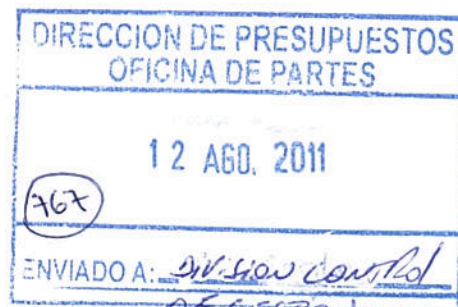


*Soledad Arellano*  
M. SOLEDAD ARELLANO SCHMIDT  
SUBSECRETARIA DE PLANIFICACIÓN

/SVB/PPF/MTT/CC/tds

Distribución:

- MIDEPLAN - Secretaría Ejecutiva de Protección Social.
- MIDEPLAN - Unidad Chile Crece Contigo
- MIDEPLAN - Unidad de Gestión Interna
- MIDEPLAN - Of. de Partes (2).





MIDEPLAN ORD. N° 061/ 2008

ANT.: Carta N° C-92/11 del 02/08/2011

MAT.: Evaluación Programa de Apoyo al  
Recién Nacido.

SANTIAGO, 12 AGO 2011

DE : SRA. M. SOLEDAD ARELLANO SCHMIDT  
SUBSECRETARIA DE PLANIFICACIÓN

A : SRA. PAULA DARVILLE A.  
JEFA CONTROL DE GESTIÓN DIRECCIÓN DE PRESUPUESTO

Respecto a la solicitud que se hiciera a la Unidad de Evaluación de la División de Estudios, para revisar el informe final de la Evaluación del Programa de Apoyo al Recién Nacido, elaborado por la DIPRES, a continuación se entrega la opinión técnica del equipo respecto al proceso de evaluación en su conjunto.

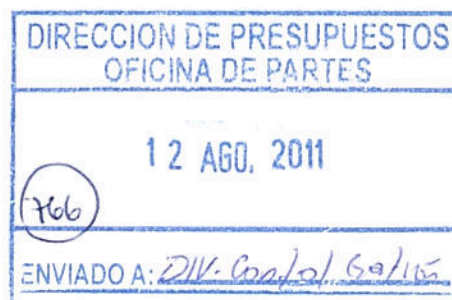
Creemos que para ser una evaluación de implementación y procesos, contiene todos los elementos necesarios para poder tener una visión global y en detalle de la implementación y funcionamiento del programa. Contando con aspectos tales como:

- Diseño del programa
- Organización y gestión del programa
- Eficacia y calidad del programa
- Recursos financieros

Adicionalmente, es importante destacar la necesidad de contar con los datos administrativos adecuados del programa para poder medir los aspectos cuantitativos y cualitativos de éste para así poder determinar de manera precisa su efectividad. En este sentido, se menciona en múltiples oportunidades, a lo largo del documento, la falta de:

- Registro acabado de los elementos correspondientes al primer componente entregados a cada beneficiario, junto con las características del mismo.
- Registro de asistencia de las madres, padres y/o cuidador principal a las actividades educativas asociadas al programa.
- Una medición ex-ante (línea base) para conocer el impacto de cada una de las prestaciones.



Asimismo, y tal como se nombra en el documento, es fundamental llevar a cabo una evaluación de impacto del programa para medir su contribución efectiva a la mejoría de las condiciones mínimas de bienestar.





Respecto a la postura institucional frente a los resultados de la evaluación, esto corresponde a la Secretaría Ejecutiva, la cual tuvo acceso a informes previos, y ha acompañado en el proceso de elaboración del informe final.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,



**M. SOLEDAD ARELLANO SCHMIDT**  
**SUBSECRETARIA DE PLANIFICACIÓN**

SVB/AHG/VSS/jqm

**DISTRIBUCIÓN**

1. Jefa de División Control de Gestión DIPRES
2. MIDEPLAN, Subsecretaria de Planificación.
3. MIDEPLAN, División de Estudios
4. MIDEPLAN, Oficina de Partes

### **Comentarios al Informe Final Evaluación Gubernamental al Programa de Apoyo al Recién Nacido.**

En relación al Informe Final Corregido del Programa de Apoyo al Recién Nacido, realizado por el panel evaluador, con aporte de los equipos profesionales de los Ministerios de Planificación y Salud, lo primero es rescatar el acuerdo respecto de la vigencia y magnitud del problema definido por el Programa, lo que significa que subsiste la necesidad de acceso a implementos por parte de recién nacidos vulnerables y apoyo educativo para sus familias.

Respecto de las recomendaciones emanadas por el panel, en el ámbito del diseño podemos señalar que:

1. Se comparte la idea de complementar las acciones que realiza el PADB, por lo que se trabajará con el equipo técnico del Ministerio de Salud, en términos de operacionalizar esta sinergia en el mediano plazo, es decir en el catálogo de prestaciones del PADB del año 2012.
2. Sobre la aplicación de nuevos criterios de focalización, se han realizado evaluaciones en torno a establecer criterios de focalización que van en la línea de lo planeado por el panel. Se propondrá focalizar de acuerdo a lo sugerido por el panel y además se evaluará condicionar, por ejemplo, a través de la asistencia a talleres prenatales. No obstante, no necesariamente se consideraran todos los criterios planteados.
3. Nos parece del todo pertinente y compartimos la necesidad de contar con un diagnóstico que establezca las condiciones mínimas que se requiere fortalecer para los niños y niñas chilenos y cuáles serían aquellas que se deben priorizar. Se trabajará con la División de Estudios del Ministerio para avanzar en este punto. Sin embargo, se estima que los resultados de este diagnóstico no estarán en el corto plazo, por cuanto no podrá ser un insumo para la toma de decisiones del programa en lo inmediato.

En el ámbito de la gestión, podemos señalar lo siguiente:

1. Este Ministerio, a través de la Secretaría Ejecutiva de Protección Social se encuentra evaluando la modalidad de entrega del Set para el año 2012, considerando las recomendaciones de gestión planteadas en el Informe.
2. Compartimos la idea que en el futuro deba realizarse una evaluación de impacto, por tanto creemos pertinente establecer la línea base que determine el nivel de satisfacción en que se encuentren las condiciones mínimas una vez que se defina la población objetivo a atender para el próximo año.

Por último, es posible destacar que el informe final presentó de manera exhaustiva como se desarrolla el Programa en ambos Ministerios, permitiéndonos visualizar situaciones que no teníamos previstas con antelación y que nos servirán de insumo para mejorar, perfeccionar y rediseñar los procesos que se levantaron en la evaluación.



MINISTERIO DE SALUD  
 SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
 JCSR/ST

JCS

//

ORD. B2 N°

2688

ANT.: Carta C-91/11 y Carta C-93/11 del 2 de agosto de 2011 de DIPRES; Memorándum C55 N°58 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y Memorándum B N°128 de la Subsecretaría de Salud Pública.

MAT.: Evaluación de Programas Gubernamentales, Programa de Apoyo al Recién Nacido

SANTIAGO,

17 AGO. 2011

DE : SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA

A : DIRECTORA DE PRESUPUESTOS

A través del presente y junto con saludarle, me dirijo a usted con el fin de acusar recibo del informe final del proceso evaluativo llevado a cabo en nuestro Ministerio sobre el Programa de Apoyo al Recién Nacido, en el que han participado activamente las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales y la Secretaría Ejecutiva de Protección Social por parte de Mideplan, todo esto enmarcado en el Protocolo de Acuerdo que acompaña la ley de presupuestos del sector público, en la línea de evaluación de programas gubernamentales

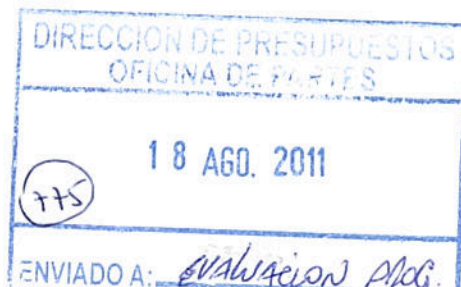
Cabe señalar que este proceso evaluativo ha constituido una instancia de mucho aporte en la articulación del programa tanto intra como extrasectorialmente, así como también permitió establecer la fortalezas y debilidades en la implementación del programa, sobre las cuales el equipo técnico ya se encuentra trabajando.

La evaluación constituye un aporte fundamental para el mejoramiento del programa, en particular en los que a su diseño se refiere, es por ello que se acoge positivamente la recomendación que habla de incorporar el PARN al PADBP, manteniendo la actual asignación específica del programa en la Ley de Presupuestos.

Frente a la recomendación que habla de redefinir la población objetivo del programa aplicando como criterio de focalización el 60% más vulnerable del país de acuerdo a la Ficha de Protección Social (FPS) y que atienda sus partos en establecimientos de la red pública de salud, creemos que es necesario contar con la seguridad de que eso sea factible técnica y económicamente por lo que es necesario realizar estudios los estudios respectivos.

En el ámbito de la gestión, el Panel Evaluador recomienda establecer una línea base que determine el nivel de satisfacción para luego de dos años se realice una evaluación de impacto. Frente a esto el Ministerio ya cuenta con un Estudio de Satisfacción de Usuarías realizado durante el primer semestre de este año, este estudio arrojó que el 96% de las usuarias del PARN se encuentran Satisfechas o Muy Satisfechas con el Programa.

Finalmente, si bien la DIPRES recomienda mantener la actual modalidad de entrega del set en los hospitales considerando: i) incorporar mejoras logísticas, ii) implementar un sistema de control de stock en calidad y cantidad, iii) desarrollar un diagnóstico acabado de las reales condiciones logísticas y administrativas con las que cuentan los hospitales para cumplir esa función. Frente a esto, podemos señalar que las modificaciones a establecer por Mideplan pueden reforzar el rol protector de la infancia y la familia por parte del Estado e imagen positiva sobre el Gobierno y en particular, en el Ministerio de Salud.





Sin otro particular, le saluda atentamente



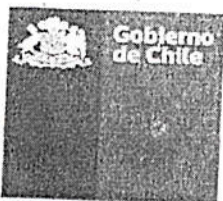
DR. JORGE DÍAZ ANAÍZ  
SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA

Se adjunta:

- Memo B2 N°128 de Subsecretaría de Salud Pública
- Memo C55 N°58 de Subsecretaría de Redes Asistenciales

Distribución:

- Subsecretaría de Salud Pública
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- DIPRECE
- DIVAP
- Departamento de Ciclo Vital/SE Chile Crece Contigo
- Oficina de Partes



SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
 SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES  
 DIVISION PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
 DEPTO. CICLO VITAL  
 JCSR/FST/SSR/gtc

*[Handwritten signature]*

128.-

MEMORANDUM N° 128 /

ANT.: Carta C-91/11 del 2 de agosto de 2011 de DIPRECE

MAT.: Evaluación de Programas Gubernamentales, Programa de Apoyo al Recién Nacido.

SANTIAGO,

DE : SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA

A : SR. MINISTRO DE SALUD


En relación a la evaluación del Programa de Apoyo al Recién Nacido, enmarcado en la línea de evaluación de programas gubernamentales, cuya Informe Final preparado por el Panel Evaluador fue recibido a través de la carta del antecedente, tengo a bien indicar lo siguiente:

1. La evaluación constituye un aporte fundamental para el mejoramiento del programa, en particular en los que a su diseño se refiere, responsabilidad que le compete a esta Subsecretaría en conjunto con la Subsecretaria de Redes Asistenciales y la Secretaría Ejecutiva de Protección Social del Ministerio de Planificación, considerando que este programa se encuentra enmarcado en el Sistema de Protección Social.
2. En cuanto a las recomendaciones emanadas en el diseño del programa, en particular a la incorporación de éste en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB), que se desarrolla en los establecimientos de la red asistencial, existe compromiso del equipo técnico de ambas Subsecretarías de analizar la factibilidad de la incorporación de las prestaciones del PARN, al Catálogo de Prestaciones del PADB del año 2012, en particular las sesiones educativas que se desarrollan en la Atención Primaria.

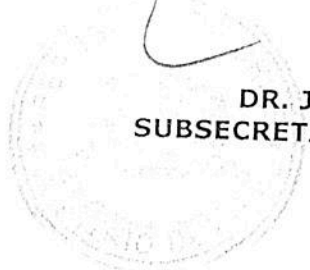


3. Informo además, que la Secretaría Ejecutiva de Chile Crece Contigo del Ministerio de Salud, efectuó un estudio de Satisfacción de las Usuarías del programa, cuyos resultados, junto con las recomendaciones señaladas por el Panel nos permitirán mejorar el diseño como la implementación del programa.

Sin otro particular, le saluda atentamente,



**DR. JORGE DÍAZ ANAÍZ**  
**SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA**



Distribución:

- Gabinete Sr. Ministro de Salud
  - Subsecretaría de Salud Pública
  - Ssubsecretaría de Redes Asistenciales
  - División Prevención y Control de Enfermedades
  - Departamento de Ciclo Vital/ Secretaría Ejecutiva Chile Crece Contigo
-



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN ATENCIÓN PRIMARIA

StC/CMS  
*[Handwritten signature]*

**MEMORANDUM C55 N° 58 /**

ANT.: Carta C-93/11 del 2 de agosto de 2011 de  
DIPRES

MAT.: Evaluación de Programas Gubernamentales,  
Programa de Apoyo al Recién Nacido

SANTIAGO, 9 de agosto del 2011

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

A : MINISTRO DE SALUD

Por intermedio del presente, me dirijo a usted con el fin de dar una respuesta al Informe Final de la Evaluación del Programa de Apoyo al recién Nacido, recepcionado a través de la carta del antecedente.

Sobre el particular, se manifiesta que a menos de dos años del inicio del programa (septiembre 2009) el proceso evaluativo ha permitido establecer las principales debilidades en la implementación y en particular en la gestión del mismo, así como las fortalezas en su ejecución.

En cuanto a las recomendaciones emanadas en la gestión del programa el equipo técnico de esta Subsecretaría en conjunto con los profesionales encargados en la red asistencial, establecerán un cronograma de trabajo a fin de dar respuesta a éstas, en particular a los temas de logística señalados por el panel, lo cual nos permitirá mejorar la eficiencia y sobretodo dar respuesta a tiempo a las necesidades de la población a nuestro cargo en lo que al programa se refiere.

Sin otro particular, le saluda atentamente,

*[Handwritten signature]*  
**DR. LUIS CASTILLO FUENZALIDA**  
**SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES**

Distribución:

- Subsecretaría de Salud Pública
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- División de Atención Primaria
- Oficina de Partes.