

Análisis de una política de abordaje de la primera infancia desde la perspectiva del institucionalismo centrado en actores: Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece

Melina Engler

Municipalidad de Rafaela, Provincia de Santa Fe, República Argentina

Resumen

El presente estudio de caso analiza, desde del modelo de implementación de política pública del institucionalismo centrado en actores, el caso de una política pública con componente psicosocial. Para ello toma específicamente una política pública de Chile, Chile Crece Contigo (CHCC), que es un sistema de Protección Integral a la Infancia, y dentro de ella el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN). El objetivo general es analizar el efecto que conlleva para el campo técnico del psicólogo las particularidades del proceso de implementación de la política pública PARN. Se utiliza una metodología cualitativa para explorar y describir el funcionamiento de las redes de actores participantes en el proceso de ejecución del Programa. Para ello se estudian fuentes documentales y se realizan entrevistas semiestructuradas. Se concluye que existe un desafío latente de poder realizar aportes al ámbito de esta política pública desde las categorías conceptuales y formas de intervención del psicólogo, así como la existencia de una institucionalidad cerrada del Programa que limita el campo de operación de los actores.

Palabras clave: Protección de la infancia, implementación de políticas públicas, institucionalismo centrado en actores, campo técnico de la psicología.

Analysis of an Approaching Policy of the Early Childhood from the Institutionalism Centered on Actors Perspective

Abstract

This study analyzes, from the public policy implementation model of institutionalism focused on actors, the case of a public policy with a psychosocial component. For this, it specifically takes a public policy of Chile, Chile Crece Contigo (CHCC), which is a system of Integral Protection for Children, and within it the Support Program for the Newborn (PARN). The general objective is to analyze the effect that the particularities of the public policy implementation process, PARN, have on the technical field of the psychologist. A qualitative methodology is used to explore and describe the functioning of the networks of actors involved in the program implementation process. For this, documentary sources are studied and semi-structured interviews are carried out. This study concludes that there is a latent challenge of being able to contribute to the scope of this public policy from the conceptual categories and psychologist intervention forms, as well as the existence of a closed institutionality of the Program that limits the field of operation of the actors.

Keywords: Children protection, public policies implementation, institutionalism centered on actors, psychology technical field.

***Dirección de correspondencia [Correspondence address]:** Melina Engler, Municipalidad de Rafaela, Provincia de Santa Fe, República Argentina
E-mail: maengler@rafaela.gov.ar

Introducción

Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que procura acompañar,

proteger y apoyar integralmente a todos los niños, niñas y a sus familias con acciones y servicios universales y con apoyos especiales para los que presenten una vulnerabilidad especial. El Programa de Apoyo al Recién Nacido, dentro de este esquema, contribuye a garantizar trayectorias más equitativas y oportunidades de desarrollo de los niños y niñas desde el nacimiento, a través de la entrega de elementos prácticos y educativos a las familias que hayan sido atendidas en su parto en un establecimiento perteneciente a la Red Asistencial de los Servicios de Salud del país (Chile Crece Contigo, 2010a).

Chile Crece Contigo ha significado, para los equipos que trabajan prestando servicios a los niños, niñas y sus familias, un cambio en la forma que habitualmente hacían su labor. El trabajo colaborativo e intersectorial es una de las apuestas del Sistema de Protección para poder lograr que la acción de los organismos públicos sea más eficiente y consiga, a menores costos y con mayor probabilidad de éxito, sus propósitos (Chile Crece Contigo, 2010a: 73).

Dentro de esa estructura, el Programa de Apoyo al Recién Nacido busca garantizar trayectorias más equitativas, igualando las oportunidades de desarrollo de los niños y niñas. Contempla la entrega de elementos prácticos y educativos a las familias que hayan sido atendidas en las maternidades de los establecimientos pertenecientes a la Red Asistencial de los Servicios de Salud del país. Está dirigido a la primera etapa de la infancia temprana, que es crítica para el aprendizaje y vinculación posterior de las personas, como han fundamentado numerosos trabajos de psicología evolutiva, sociología y neurociencia (Chile Crece Contigo, 2010a).

El abordaje integral de esta primera infancia supone el trabajo interdisciplinario e intersectorial, en el cual el psicólogo tiene incumbencia en distintas instancias y para lo cual representa un desafío en lo que puede aportar y ser interpelado de parte de la política pública. Históricamente, en el ámbito de la política pública, los profesionales del campo social y entre ellos los psicólogos han contribuido en: a) el diseño, implementación y evaluación de Políticas Sociales (Ornelas *et al.*, 2012; Perkins, 1995; Phillips, 2000); b) en el aporte de modelos y estrategias desde la perspectiva ecológica (Teixeira *et al.*, 2012) y c) en el desarrollo de metodologías (Arrieta y Garita, 2012).

Este proceso no se ha registrado en una única dirección, sino que también el ámbito de la política pública ha interpelado y transferido conocimiento al quehacer del psicólogo. Partiendo desde orientar las diversas prácticas de intervención social (Shinn,

2007; Rodríguez, 2009), pasando por la delimitación de los campos posibles para la práctica del psicólogo y su entrenamiento (Ornelas *et al.*, 2012), así como la legitimación e institucionalización de la incumbencia del psicólogo en la intervención social (Alfaro, 2012; Alfaro y Berroeta, 2007) y además mejorando las condiciones materiales para el desarrollo académico y la investigación en psicología (Perkins, 1995; Shinn, 2007).

El conocimiento técnico del psicólogo es indudablemente relevante para las políticas públicas y cobra mayor impacto cuando participa desde el proceso de diseño mismo, lo que supone el diálogo entre los interlocutores profesionales y los agentes de la política. Ello implica también la necesidad de que el profesional de la psicología conozca las limitaciones propias del mundo de las políticas públicas, es decir, la relevancia de los marcos institucionales, las normativas, las definiciones institucionales, sus límites, los actores preexistentes que intervienen en la implementación.

Esto indica precisamente el espíritu de este estudio de caso: pretende detectar en qué medida la implementación de un programa con componente psicosocial aporta al campo disciplinar del psicólogo y viceversa, cuáles son las contribuciones que este profesional puede realizar al mismo. Su valor radica en poder enriquecer el acervo de conocimiento sobre la labor del psicólogo en programas públicos con componente psicosocial, lo que puede contribuir en el futuro a mejorar la preparación y el entrenamiento para desempeñarse en este ámbito.

Esta pretensión del estudio, responde a una inquietud que atraviesa el quehacer disciplinar desde hace largos años: en Chile existe desencuentro entre la actuación del psicólogo y las demandas de conocimiento técnico y competencias que requiere la intervención en políticas sociales (Alfaro y Berroeta, 2007; Alfaro, 2012). Esto operaría en desmedro de la actuación profesional del psicólogo y de la calidad que podrían alcanzar las políticas públicas sociales en su diseño e implementación.

La realidad social cada vez más cambiante recrea en el campo de las políticas públicas complejas tramas, de actores, de intereses, de ideologías, de valores. Los procesos de definición de política implican una reconstrucción y re definición de lo que se consideran problemas y reflejan una tensión entre distintas miradas. Toda definición de un problema público es parte de una construcción colectiva vinculada a percepciones, representaciones, intereses y valores de los actores involucrados en dicha situación.

Por otra parte, Scharpf (1997) plantea un mo-

delo prolífico para el análisis de la política pública, estudiando la implementación desde el enfoque de redes y las lógicas situacionales. Para este autor, la política tendrá que ser explicada a través de los modos de interacción de los actores, los ordenamientos institucionales y los resultados obtenidos. Los participantes de la política interpretan y re-elaboran la misma, forman una constelación de actores en donde se negocian preferencias y prioridades e interactúan de un determinado modo con diversas estrategias (alianzas, enfrentamientos, coaliciones, jerarquías, negociación). El marco institucional que propone está a medio camino entre un sistema teórico y estudios descriptivos de casos individuales. Para entender un determinado problema político se vuelve necesario mapear dicho problema en la constelación de actores involucrados. Un marco institucional se compone de problemas, actores con orientaciones y capacidades establecidas, constelaciones formadas por ellos, modos de interacción generados, todo lo cual desemboca en políticas (Scharpf, 1997). El modelo propuesto por Scharpf conjuga la perspectiva de los planteos racionalistas que se centran en el agente y conciben a las instituciones como restricciones a su accionar con la perspectiva culturalista, que asume que las instituciones sólo pueden ser entendidas como producto del contexto político, social e histórico, y las acciones de los individuos están más orientadas a satisfacer normas y valores que a maximizar beneficios. (Zurbriggen, 2006).

El institucionalismo centrado en actores combina sistemáticamente análisis de la constelación de actores con el análisis de los modos de interacción, lo que constituye para este investigador una poderosa herramienta para explicar los resultados de determinadas interacciones políticas. Se generan así tres grandes conjuntos de variables que afectarán la capacidad de un sistema para llegar a las respuestas políticas eficaces: la naturaleza del problema de política, las orientaciones de los actores políticos y las características del entorno institucional. (Scharpf, 1997). Scharpf (1997) plantea así tres efectos principales de las instituciones sobre los actores: las reglas formales constriñen el set de opciones de políticas disponibles; crean constelaciones de actores involucradas en el juego político; y a cambio, las normas sociales propias de las instituciones modelan las orientaciones y preferencias de los actores.

Es decir, las reglas formales desincentivan habitualmente comportamientos en franca contradicción con ellas, y a su vez las instituciones proponen sistemas de incentivos que estimulan determinadas ganancias de comportamientos que harán que los actores, en última instancia, elijan su curso de acción orientados hacia sí mismos (Pancaldi, 2012).

Así la relevancia de este estudio de caso es poder contribuir al conocimiento sobre la implementación del Programa de Apoyo al Recién Nacido, dado que no existen antecedentes de análisis del PARN desde un marco teórico como el que se utiliza ni tampoco sobre el componente psicosocial de sus intervenciones. La investigación pretende conocer las restricciones y posibilidades dadas por el diseño institucional del Programa para la aplicación del PARN por parte de los profesionales que intervienen y en particular del psicólogo.

Metodología

La investigación se desarrolla a partir de un enfoque cualitativo de tipo exploratorio, (Barrantes Echavarría, 1999) centrado específicamente en el Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece Contigo, en este sentido tiene una orientación hacia el significado de la experiencia para los actores participantes del PARN, entendiéndose por tal un sistema de interpretación de los actores en una relación social determinada.

La implementación del programa se analiza a través de documentos y fuentes secundarias de información, complementado con entrevistas a actores participantes que son desglosadas según las dimensiones establecidas en el modelo analítico de F. Sharpf: 1) Actores, 2) Constelaciones de actores, 3) Modos de interacción, 4) Arreglo institucional.

La operacionalización de variables se describe en la siguiente tabla:

Se trata de un estudio de caso que permita identificar los principales aportes del campo disciplinar del psicólogo al Programa de Apoyo al Recién Nacido y viceversa, es decir, aquellos aspectos de su implementación que pueden ser de utilidad al quehacer profesional. El caso consiste en la entidad social que se toma como objeto de investigación: Programa de Apoyo al Recién Nacido. Permite responder cómo y por qué, en relación al quehacer disciplinar del psicólogo, a través de un análisis y diagnóstico preciso, utilizando diversas fuentes y datos. Un estudio de caso es precisamente una pregunta empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto son claramente evidentes (Yin, 2009). Esto es doblemente pertinente para el presente estudio, dado que realiza un análisis desde un marco teórico institucionalista sobre el funcionamiento de un programa de componente psicosocial y el rol del psicólogo en él.

Se aplican entrevistas semiestructuradas a informantes calificados y a familias que participen en el Programa de Apoyo al Recién Nacido, procurando obtener información que se pueda combinar desde diferentes perspectivas y que ofrezca un panorama más acabado sobre las interacciones en el Programa. La selección de informantes procura así la triangulación, incluso desde puntos de vista contrapuestos.

Se entrevista a seis funcionarios:

- Dos del Sistema CHCC, División Promoción y Protección Social, del Ministerio de Desarrollo Social.
- Una profesional asesora del Departamento de Gestión y Coordinación de la Red Asistencial de un Servicio de Salud Metropolitano.
- Una profesional del Departamento de Gestión Integrada de Redes Asistencial, de otro Servicio de Salud Metropolitano.
- Una profesional encargada de la logística del PARN, DIVAP, Ministerio de Salud.
- Una asesora técnica, psicóloga, de CHCC DIVAP, Ministerio de Salud.

El criterio de selección de los entrevistados fue su participación en las tareas de organización y ejecución del Programa de Apoyo al Recién Nacido en su faceta más relacionada con los contenidos educativos sobre crianza temprana y el trabajo con redes, priorizando esto por sobre la entrega logística del set de implementos.

Resultados

Características simbólicas y culturales de los actores involucrados

Los actores técnicos y políticos entrevistados tienen distintas profesiones pero coinciden en los años de experiencia en el Programa. En general, la apreciación es que se trata de un amplio rango de familias de la sociedad chilena –una alta proporción se atiende en el sistema público de salud en su parto– y coinciden en señalar el agradecimiento y la alegría con la que reciben, fundamentalmente, el ajuar que acompaña al PARN.

Tabla 1: Operacionalización de las variables

Dimensión	Subdimensión	Categoría	Preguntas
Apreciaciones sobre el Sistema CHCC	Apreciaciones sobre CHCC	- Importancia de los usuarios - Fortalezas - Debilidades	¿Se distingue PARN de CHCC? ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del programa? ¿Cuál es la importancia que le otorgan los usuarios a PARN?
Institucionalidad del CHCC	Contribución al PARN	- Restricciones institucionales - Recursos propios y compartidos	¿La institucionalidad de CHCC contribuye al PARN? ¿Cómo? ¿Cuáles son las principales restricciones institucionales del PARN? ¿Tiene recursos desde su institución para el PARN? ¿Cuáles son más importantes? ¿Cómo podría mejorarse la institucionalidad del PARN?
Interacción entre actores	Interacción funcionarios-técnicos Interacción funcionarios-familias Interacción técnicos-familias	- Dinámica - Dificultades / tensiones - Oportunidades	¿Cuáles son las negociaciones en la implementación del PARN? ¿Cuáles son los desafíos y oportunidades del equipo técnico y profesional que aplica PARN? ¿Qué familias participan en el Programa? ¿Características comunes y diferencias? ¿Hay rechazo o aceptación hacia PARN? ¿Cómo es la dinámica entre funcionarios y familias? ¿Cuáles son las instancias de encuentro? ¿Qué dificultades se presentan?
Instancias de negociación PARN	Negociaciones en la implementación	- Instancias intersectoriales - Instancias regionales - A nivel central	¿Cuáles son las negociaciones en la implementación del PARN? ¿Debería haber otras instancias? ¿En qué instancias se produce éxito y fracaso?
Redes del PARN	Apoyo en redes Trabajo con organizaciones	- Funcionamiento - Eficacia - Iniciativa de actores - Relaciones de cooperación	¿El programa trabaja apoyado en redes? ¿En qué instancias, bajo qué circunstancias? ¿Cuáles son las redes que funcionan con mayor eficacia? ¿Cuáles cuesta más lograr? ¿El PARN contribuye a las redes? ¿Hay iniciativa de parte de los actores? ¿El PARN trabaja con organizaciones? ¿Cómo son las organizaciones con las que trabaja? ¿Construye el PARN relaciones de cooperación entre organizaciones?
Presencia del componente psicosocial en la implementación	Intervenciones psicosociales y rol del psicólogo	- Concepciones - Salud mental	¿Cuáles son los desafíos y oportunidades del equipo técnico y profesional que aplica PARN? ¿Cuál es el rol del psicólogo en el programa?

Fuente: Elaboración propia

“Los usuarios del PARN valoran que el nacimiento de su hijo no pase inadvertido. No sólo la protección y las garantías...sino también el gesto. Hay un reconocimiento social a su nacimiento, con un apoyo, con un beneficio directo que tiene impacto económico. Ellos valoran la calidad del insumo recibido. Agradecen también el tiempo dedicado, el oído, la calidad de todo.”

(Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano).

Suele tratarse de familias que se atendían previamente en la Atención Primaria de Salud, que estaban monitoreadas desde ese sistema, cumpliendo los seis talleres educativos previos al nacimiento y que luego tienen su parto en condiciones de mayor predictibilidad en las maternidades del sistema público.

Los entrevistados hacen hincapié en la perspectiva de garantizar derechos para la familia, “igualar la cancha” desde el nacimiento, disminuir las desigualdades de desarrollo y potenciar un crecimiento pleno para los niños y niñas de Chile. De las entrevistas efectuadas se desprende que, en general, es elevada la valoración que otorgan los usuarios al Programa, reconociendo que el ajuar o set de implementos es lo que más interesa a la familia, otros enfatizando que con el tiempo la familia valorará más los componentes educativos del Programa.

“Hay una valoración lenta del Programa, que surge desde el ajuar. La primeriza, en caso de que disponga de tiempo también valora lo educativo. Es una fortaleza del Programa que la gente comienza a poder exigir, a reconocer lo que es un derecho. El Programa prioriza el vínculo, fortalecerlo, y el parto humanizado.”

(Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.).

Esto concuerda con la encuesta de satisfacción de los beneficiarios del PARN arroja como resultados que el Programa es referido por sus usuarios como el set de implementos y aún no se reconoce como un programa integral que incluya variables educativas (Estudio de satisfacción de usuaria PARN. Citado en Tesis de Posgrado de David Opazo, 2016, ICCOM: 11-60).

Constelaciones de actores

El PARN se vincula con el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (MINSAL) también inserto en el CHCC, con la Subsecretaría de Salud Pública y con el Sistema Intersectorial de Protección Social (SPS) que institucionaliza el Subsistema Chile Crece Conigo (CHCC), del Ministerio de Desarrollo Social (ex MIDEPLAN) (Dipres, 2011).

Se observan tres grandes grupos que destacan en el PARN. Las constelaciones políticas, que tienen que ver con aquellos actores que definen el problema, lo incorporan a la agenda, diseñan la política y ordenan su ejecución. Los actores políticos tienen intereses creados en torno a la mejora de la condición de la infancia más vulnerable en Chile, pero también su juego obedece a intereses partidarios, ideológicos, de mandato de un determinado gobierno, de consenso con los otros poderes del Estado, entre otros. Su diseño, a nivel macro, condensa la pretensión de integralidad en la actuación pero también despoja a la política del elemento más humano y más vital que tiene para aquellos que la experimentan desde abajo.

Como refiere Zurbriggen (2006) en una descripción de las comunidades políticas apropiada para esta caracterización de la constelación política, se trata de una red cerrada, con un limitado número de participantes estables, principalmente determinados organismos del gobierno central o partes dentro de esos organismos, grupo de interés, “expertos” del gobierno o de otras instituciones o universidades. El acceso a la comunidad es restringido y se excluyen otros grupos. En una comunidad política, la interacción de alta calidad y frecuente entre sus participantes determina que sea fácil llegar a un consenso sobre qué reglas, procedimientos y normas prevalecen en la elaboración de políticas. Ese consenso permite determinar qué problemas van a ser tratados, el contenido de los mismos, así como la forma en que deben ser resueltos.

Las constelaciones técnicas implementan este diseño y pueden participar en algunos procesos de rediseño, reformulando su aplicación con el insumo de la retroalimentación de la realidad y el contacto con las familias. Estas constelaciones suelen tener elevadas cargas simbólicas de expertise y conocimiento, sumados a la necesidad de mostrar eficacia y eficiencia en las tareas delegadas. Además son los grupos de actores que más contacto directo tienen con el problema real y los que saben leer en él sus matices y contradicciones.

Las constelaciones familiares están integradas

por familias que son catalogadas como dificultadas en su acceso a los recursos materiales y la información necesaria para una adecuada crianza del recién nacido. Su definición del problema que motiva el Programa seguramente transita por cauces diferentes a los de las constelaciones políticas y técnicas que lo diseñan e implementan. Según los distintos informes y evaluaciones del Programa, el set de implementos que reciben les resulta útil a medias, encontrando de valor reducido determinados elementos que no forman parte de su universo simbólico y cuya aplicación es escasa. Asimismo el material educativo no es del todo utilizado, dado que se ponen en juego en su uso hábitos de lectura, patrones culturales, modelos de maternidad que no siempre se traducen en consultar ese material.

Constelaciones políticas

El PARN es conducido por dos Ministerios, Desarrollo Social (ex MIDEPLAN) y Salud. En el caso de Desarrollo Social, el programa se ubica en la Secretaría Ejecutiva de Protección Social, en una unidad denominada Chile Crece Contigo. El presupuesto del PARN está comprendido en el del Ministerio de Desarrollo Social, que transfiere los recursos al MINSAL mediante la firma de un convenio y además, ejecuta acciones de control de cumplimiento del programa y uso de recursos. Ambos Ministerios cumplen la función de coordinación nacional del programa.

La Subsecretaría de Salud Pública, dentro del Ministerio de Salud, tiene a su cargo las funciones de gestionar los recursos financieros, participar en la coordinación nacional, velar por el cumplimiento de los objetivos del programa y elaborar un reporte a MIDEPLAN sobre su desarrollo.

La Secretaría Ejecutiva de CHCC depende de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) y su función es la conducción del programa mediante la representación del MINSAL en la coordinación nacional que comparte con Desarrollo Social. Participa de las decisiones técnico políticas y establece las coordinaciones intraministeriales para su implementación.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales es la unidad responsable de la implementación del Programa de Atención al Recién Nacido. Sus funciones son recibir y gestionar el presupuesto, y encargarse de la ejecución operativa. Con ese fin, mandata a CENABAST para que efectúe las licitaciones del set de implementos y autoriza los pagos que efectúa el Departamento de Finanzas de la DIFAI. Realiza la operación del programa a través de sus 29 Servicios de Salud y la red pública de establecimientos (hos-

pitales y consultorios APS) bajo su supervisión. Le corresponde transmitir a los equipos de salud las instrucciones técnicas y operativas de las actividades del PARN, las que son definidas por la coordinación nacional del programa.

Constelaciones técnicas

El Programa de Atención al Recién Nacido se inserta dentro de una estructura mucho más amplia y compleja como es Chile Crece Contigo. A su vez, más específicamente el Programa de Atención al Recién Nacido implica una constelación propia de actores más reducida pero también compleja, en la que podemos identificar:

1. El Ministerio de Desarrollo Social cuenta con una Unidad CHCC, que representa al ex MIDEPLAN en la coordinación nacional del PARN y es co-responsable de su conducción. Participa en la toma de decisiones técnico-políticas y aplica las coordinaciones intraministeriales para concretar las acciones de transferencia de recursos y control (Opazo, 2016).
2. El Ministerio de Planificación dispone de un Departamento Jurídico Administrativo y un Departamento de Administración Interna que tienen a cargo la tramitación de los convenios de transferencia de recursos al MINSAL. A su vez, el Departamento del Sistema de Información Social apoya la gestión del programa, administrando la base de datos del Sistema de registro virtual del PARN. Le corresponde procesar y proveer reportes de información o corregir problemas de malos ingresos que pudieran generarse (Opazo, 2016).
3. La Oficina de Gestión Interna realiza la tramitación administrativa de los informes técnicos del PARN que envía el MINSAL, a través de los cuales da cuenta del desarrollo y resultados del programa. (Opazo, 2016).
4. Los Servicios de Salud son los responsables de la entrega de los implementos y el material educativo a la totalidad de las madres, padres y/o cuidadores que participan del Programa (Opazo, 2016).
5. Las Gerencias Chile Crece Contigo, que dependen de los Servicios de Salud, resguardan el cumplimiento de las tareas y actividades asociadas al programa supervisando la acción de los centros de salud, articulando las informaciones entre ellos y la coordinación nacional. Les corresponde validar la propuesta de distribución mensual de paquetes de implementos para cada hospital que es elaborada por

la coordinación del PARN, realizar el reporte mensual de nombres y cédulas de identidad de las madres beneficiarios/as, y elaborar el reporte mensual de los hospitales en los que se entregaron los Set y de los funcionarios que concretaron la entrega. Cabe señalar que esta instancia no tiene funciones definidas en relación al componente 2 del programa (Opazo, 2016).

6. Los hospitales o establecimientos que cuentan con maternidad: dependen de los Servicios de Salud, y realizan la recepción, almacenamiento y entrega de los implementos a los usuarios/as, así como la sesión educativa previa al alta hospitalaria de la madre del recién nacido (Opazo, 2016).
7. Los consultorios de APS son establecimientos que tienen la función de ejecutar la sesión educativa sobre el PARN durante los controles prenatales de la embarazada.
8. La CENABAST ejecuta las licitaciones de los set de implementos y gestiona los respectivos contratos con proveedores. Participan en esta función los Departamentos de Compras, Técnico, de Asesoría Jurídica y el Área Comercial.

Constelaciones de familias incluidas

Las familias del Programa son entonces, familias con dificultades económicas para acceder a los implementos, familias con dificultades para desplegar condiciones mínimas para los recién nacidos y familias con escaso acceso a información sobre cuidados para el recién nacido.

Las madres cubiertas por el Programa tienen un promedio de edad de 28 años, su estado civil en su mayoría soltera (72,9 %) y dicen estar “conviviendo con una pareja con la que no está casada” (42,7 %). De acuerdo a su sistema previsional están en FONASA (97%), siendo en su mayoría del grupo A (53 %). Su nivel educacional alcanza la enseñanza media científico-humanista (49 %), seguido por la educación básica (17 %).

Al momento de ser entrevistadas se encontraban, mayoritariamente, dedicadas a los quehaceres del hogar (45,2 %) y en segundo lugar trabajando por un ingreso (36,9 %). Aquellas madres que se encontraban trabajando o bien habían trabajado antes, se desempeñaban mayoritariamente como trabajadores dependientes del sector privado 61,7 %, en tanto un 16,3 % lo hacía en el sector público. (Glosa Semestre PARN, 2015)

En el hogar la mujer asume mayoritariamente el

rol de cónyuge o pareja del jefe de hogar (45 %). De acuerdo a los cuidados que recibe el bebé, este lo realiza principalmente la madre, seguido muy de lejos por la abuela/o y el promedio de edad de aquellos cuidadores que no es la madre es 46 años y el sexo del cuidador corresponde en 97 % a sexo femenino.

En relación al tipo de información que se les entrega a las madres, los resultados indican que a nivel general en promedio un 79 % de las madres ha recibido la información que involucra su participación en el programa y los niveles de satisfacción alcanzan en promedio un 92 %. (Glosa 4, Primer Semestre PARN, 2014).

A nivel de muestra total, el 69 % de las encuestadas afirma haber recibido información de la existencia de talleres. El lugar de información sobre la existencia de talleres, se tiene que un 82 % fue en los consultorios y un 15,7 % en el hospital. Y En general un 52 % del total de encuestadas asistió a los talleres ofrecidos por el PARN, la mayoría en consultorios: 60,3 % y el 98 % realizaron de manera grupal. (Glosa 4, Primer Semestre PARN, 2014)

Respecto a la información suministrada por los funcionarios entrevistados en varios Servicios de Salud la mayoría de las familias que reciben el PARN no son nucleares sino extensas, solían atenderse en APS previamente al parto y cumplían muchas con los controles de salud previos al nacimiento del bebé. Se trata de mamás y papás necesitados de contención y apoyo, no sólo médico-sanitario sino también social que encuentran en el Programa un referente de asistencia y seguimiento que les hace sentir acompañados y valorados en su experiencia. Algunas familias experimentan problemas relacionados con salud mental, violencia, depresiones, que naturalmente inciden en la experiencia de la llegada del/de la nuevo hijo/a.

“Las familias del Programa suelen ser familias múltiples, extendidas, no nucleares, que se atendían previamente en APS. Hay algunas también de ISAPRES que tuvieron su parto luego en la red pública. De a poco van teniendo conocimiento de sus derechos, pero en general adhieren a las prestaciones de salud. Hay necesidad de asistencia y apoyo, desde otro lugar también, más de escucha.”

(Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano).

Otra observación recogida en las entrevistas es la alta proporción de mamás extranjeras que ingresa

al Programa, muchas de ellas recién llegadas desde otras latitudes de Latinoamérica y que no siempre comienzan en óptimas condiciones su embarazo. De la experiencia de los informantes en la Región Metropolitana de Santiago las mamás llegan desde otros países con embarazos avanzados, a veces ocultos, o se embarazan apenas llegan, buscando también la residencia para ellas y la nacionalidad para sus niños pero con situaciones inciertas de controles sanitarios previos, así como en circunstancias de vivienda adversas en la capital: hacinamiento, mala alimentación, trabajo precario. Esta nueva población que engrosa las filas del PARN representa un desafío en tanto conspira contra los buenos indicadores del Programa y requiere una atención multicultural y respetuosa de la diversidad que complejiza su escenario.

El Programa también tiene dificultades en poner en cobertura a población renuente a su fácil ingreso y que requiere seguimiento sistematizado: mamás futuras en situación de calle, con problemas de adicciones, que ejercen la prostitución.

“Hay problemas generados por migraciones, esto no se tuvo en cuenta originalmente al abrir el CHCC. Mamás que llegan de otros países y dan a luz acá pero no tuvieron los controles de salud previos, o llegan fajadas del avión y en malas condiciones. Hay problemas en los cuidados prenatales. También es difícil que el Programa llegue a las mujeres con problemas de adicción o en situación de calle, allí es más complicado establecer los controles previos al parto.”

(Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano).

Marco institucional

Chile en 1990 ratifica la Convención de los Derechos del Niño por lo que suscribe un compromiso para diseñar e implementar políticas públicas de infancia en el país y garantizar condiciones mínimas de bienestar para la infancia. El SubSistema Integral e Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo, se sustenta en esta convención, modificando la mirada hacia los niños/as como objetos de protección a sujetos de derechos los que son universales e integrales, precisando que todos los niños y niñas tienen derecho a desarrollarse al máximo de su potencial individual.

Pero además, pretender garantizar a través de un programa o serie de programas “condiciones mínimas de bienestar” para la infancia implica ir más

allá de un enfoque de derechos y abordar las múltiples interrelaciones entre las diferentes dimensiones que generan el bienestar de la niñez (pobreza, salud, educación, participación, maltrato) y antecedentes que muestren causalidades entre ellas para así poder guiar las acciones desde el Estado, la familia y la comunidad a favor de la niñez (Bradshaw, 2006; Bradshaw y Holzapfel, 2006; Di Tommaso, 2006; Palmer, 2005; Land *et al.*, 2001; Andrews y Ben-Arieh, 1999).

El sistema CHCC, sus años de experiencia y la solidez de su elaboración contribuye a que el Programa de Atención al Recién Nacido se inserte en un marco institucional muy coherente, que no se trate de una acción aislada sino un hito más que va desde la concepción del niño hasta su ingreso en el sistema escolar. Donde todas las acciones persiguen el mismo objetivo: el comienzo de la vida en las mejores condiciones y la protección del potencial desarrollo de cada niño.

“La institucionalidad de Chile Crece Contigo la da la ley. Tiene su origen incluso en un Programa que se llamó Vida Chile y luego se desarmó. Por CHCC hay abordaje integral, se alerta a los demás recursos institucionales que deben intervenir. Esto es muy importante para que el problema no se quede sólo en Salud.”

(Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano).

Es importante destacar aquí, porque también ha sido resaltado por las fuentes entrevistadas que el marco institucional de Chile Crece Contigo permitió dotar de sentido no sólo al PARN sino a todo un conjunto de intervenciones socio-sanitarias que antes se realizaban de manera aislada y que ahora comienzan a efectuarse bajo el amparo de una política integral. Esto facilita no sólo a los profesionales que su accionar tenga más sentido y coherencia sino también poder interpelar otros organismos y recursos que el Estado tiene a disposición: educación, vivienda, servicios públicos, etc.

Para ilustrar el caso, los entrevistados refieren que antes de CHCC si el trabajo con una familia encontraba un problema de violencia intrafamiliar desde el control de salud el equipo de salud se hallaba muchas veces limitado en su posibilidad de convocar a otros actores y de gestionar ayudas, distinto a la realidad actual en que los recursos del Estado están alineados a alimentar una política que desde su diseño pretende integralidad.

“No existe el PARN sin pensarlo en relación a Chile Crece Contigo.”

(Entrevista Asesora técnica DIVAP. Ministerio de Salud).

“Falta reglamentación, que permita saber cómo operar”

(Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano).

Si bien la estructura del Programa de Atención al Recién Nacido implica complejas coordinaciones entre actores provenientes de diversos Ministerios (Planificación, Salud, Desarrollo Social) a juicio de los informantes entrevistados los roles y responsabilidades se han dado con claridad y los años de ejecución del Programa (del 2009 a 2014) constituyen un acervo de experiencia que lima asperezas y mejora procesos de encuentro.

“Se trabaja con distintos niveles de responsabilidad, con claridad de roles y funciones. Los encargados de los Programas son muy visibles y cercanos. Haces alianza con ellos. (...)”

(Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano).

Además, las funciones educativas y de atención de la salud que el PARN promueve venían siendo realizadas de manera histórica por el Ministerio de Salud y los equipos de las maternidades de los hospitales y consultorios de APS tenían larga trayectoria en ellas, sobre todo en los programas relacionados con la salud reproductiva de la mujer y niño sano, resultando que la creación del PARN reorienta y reunifica esas funciones dotándolas de nuevo sentido, homogeneidad y con pautas claras de cumplimiento. El encargado del Programa, en este caso el Gerente General de CHCC cumple también un rol vital, por su cercanía y función de coordinación que los informantes destacan.

No obstante, como debilidad en el arreglo institucional cabe señalar que la Ley que regula el Programa aún no cuenta con reglamentación, por lo cual este vacío legal incide en que determinadas acciones y sus alcances sean interpretables.

“Una debilidad que tiene el Programa (y el Sistema en general) es que aún no hay reglamentación de la ley, lo que es necesario para saber cómo materializarla.”

(Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano).

El peso de los actores en la ejecución del Programa también es relevante desde el momento en que no hay recursos humanos comprometidos exclusivamente en su realización. El Ministerio de Salud apoya con más fondos las maternidades y APS para que puedan ampliar sus horas de atención para las tareas relacionadas con el PARN pero no hay exclusividad. Asimismo, la contratación de los profesionales (matronas, médicos, psicólogos) es lo suficientemente precaria para que suceda habitualmente que el Estado realiza una considerable inversión en su capacitación y entrenamiento y luego el profesional se marche a trabajar al sistema de salud privado porque le ofrece mejores condiciones. La condición de contratación se evalúa como una restricción importante para obtener resultados óptimos para el Programa y las limitadas ofertas de carrera en el sistema público también conspiran en este sentido.

“El sector salud tiene pocos profesionales con formación en lo público. Falta la actitud que necesita el sistema. El “sello” de los profesionales. Y falta retención. El sistema realiza un esfuerzo de capacitación y luego el profesional se marcha. Falta carrera profesional para ofrecerle. (...) Otra de las restricciones es la falta de recursos humanos, hay apoyo financiero al Hospital pero no alcanza. (...) Por ejemplo, en determinadas profesiones como matrona no hay profesionales jóvenes y los de más experiencia ya tienen su trabajo”

(Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano).

“El PARN dispone de recursos materiales y administrativos, no humanos (propios). MINSAL realiza la gestión técnica y operativa del PARN, baja lineamientos a los servicios de salud, que a su vez coordinan con los hospitales y allí con cada maternidad. Hay un referente de Chile Crece Contigo.”

(Entrevista Asesora técnica DIVAP, Ministerio de Salud).

Estructuras de poder

No obstante, el fluido funcionamiento del Programa que refieren los entrevistados, llama la atención

que no se apuntalen otras redes que ya están funcionando seguramente en las comunidades y el caso trabajo con otras organizaciones (ONG) para aprovechar por ejemplo, las bases de datos del Programa, su llegada con las familias o las necesidades que éstas puedan tener y que el Programa no cubre.

“Mmmm... organizaciones... instituciones. SENAME y las Casas de Acogida para coordinar cuando los niños lo necesiten...”

(Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano).

“No se trabaja con otras organizaciones... las redes son del CHCC (y del PARN)”

(Entrevista Asesora técnica DIVAP, Ministerio de Salud).

“Está la red básica... que sería APS, el gerente CHCC, la SEREMI de Educación, de Desarrollo Social...”

(Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano).

En una indagación ulterior, una entrevistada en Servicio de Salud menciona la red ampliada de Chile Crece Contigo que trabaja no sólo con el PARN sino con el sistema integral completo como una red de alertas por situaciones psicosociales. Consiste en una empleada contratada por el Municipio que hace el seguimiento de los casos de CHCC donde se suscitan problemáticas al interior de la familia que son detectadas en el transcurso del Programa y moviliza recursos o conecta a la familia con aquellos que están disponibles.

“CHCC tiene redes ampliadas, más que el PARN. Hay una encargada comunal del CHCC que es contratada por el Municipio que trabaja con alertas, por situaciones psicosociales. Conoce a las personas. Conoce a los equipos. Con PARN se activa esa misma red”

(Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano).

El Programa se apoya en lo que se denomina Red Comunal CHCC, asistida por el Coordinador Provincial de Protección Social, presente en todas las

Gobernaciones y que tiene por misión apoyar todos los componentes del Sistema de Protección Social. Uno de los principales soportes a la gestión de las Redes Comunales, especialmente durante su proceso de instalación, es entregada por una dupla profesional constituida por el (la) Gerente CHCC designado por cada Servicio de Salud (29 en todo el país) y por el (la) Encargado(a) Regional de CHCC, perteneciente a los Servicios Regionales Ministeriales (SEREMI) de Planificación (SERPLAC) de cada región (15 en total) (Chile Crece Contigo, 2010b).

A su vez funciona una Red Comunal Básica, compuesta por directores(as) de los Centros de Salud (consultorios), encargados(as) de Postas Rurales, directores(as) de Centros de Salud Familiar (CES-FAM), que constituyen la red de prestadores de servicios de salud a nivel comunal, directoras(es) de Jardines Infantiles y Salas Cuna, y los Equipos Técnicos Territoriales, pertenecientes a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y a la Fundación INTEGRAL, representantes del área de la Educación Inicial; así como representantes de las diversas Unidades Municipales responsables de la provisión de servicios o programas de apoyo al desarrollo infantil y familiar, entre los que se cuentan el director(a) de Desarrollo Comunitario (DIDECO), el encargado(a) Municipal de Infancia, el encargado(a) Municipal de la Unidad de Subsidios Sociales, el encargado(a) del Departamento o Unidad de Asistencia Social, el Jefe(a) de la Unidad de Intervención Familiar del Programa Puente, el Director(a) de Salud Municipal y la Encargada(o) Municipal del Área de Educación Inicial. (Chile Crece Contigo, 2010b).

La Red Comunal Ampliada funciona con todos los actores institucionales anteriores, más el encargado(a) de Oficina de Protección de Derechos (OPD), el encargado(a) de la Oficina Municipales de Información Laboral (OMIL), el encargado(a) Municipal de la Ficha de Protección Social, el encargado(a) del Departamento Municipal de Vivienda, encargado(a) de Programas Municipales de Habitabilidad, el encargado(a) del Programa de Apoyo a la Discapacidad, el Jefe(a) del Departamento Municipal de Organizaciones Comunitarias. (Chile Crece Contigo, 2010b)

Todas estas redes mencionadas son más bien de tipo institucional, no se trata de redes generadas por la misma comunidad en búsqueda de la solución a sus problemas, lo cual tiene un agregado de empoderamiento y autonomía muy importante que el Programa no estaría aprovechando.

La intervención del psicólogo en el PARN

Si bien se desempeñan 77 psicólogos en los Servicios de Salud y Hospitales y 60 en los Municipios, se trata de un número referido al conjunto de prestaciones de Chile Crece Contigo, y no sólo al PARN. La cifra específica para el Programa de Atención al Recién Nacido no está desglosada en las bases de datos del Programa. Estos datos fueron suministrados por la asistente técnica de DIVAP, Ministerio de Salud, en octubre de 2015.

Esta es una consideración importante a destacar porque la mayoría de los talleres del Programa son dictados por matronas, mientras que el psicólogo o la psicóloga juega un rol complementario en otro tipo de intervenciones: buscando detectar indicadores de depresión postparto o dificultades en el vínculo con el bebé, en el trabajo con bebés hospitalizados en neonatología por complicaciones durante el nacimiento, en la atención integral del niño internado en pediatría, entre otras.

“¿Si tiene un rol profesional el psicólogo en el Programa? No específicamente. Si en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.”

(Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano).

“Pregunta: ¿el Programa trabaja con alertas sobre depresión materna u otros síntomas que permitan intervenir, realizar interconsulta, en relación al Psicólogo? Respuesta: No, no es el objetivo del Programa.”

(Entrevista Asesora técnica DIVAP, Ministerio de Salud).

La responsable desde el Ministerio de Salud de la gestión programática y el establecimiento de los lineamientos a los equipos del Programa de Atención al Recién Nacido, es una profesional psicóloga y matrona, pero esto parece más bien una casualidad ligada a un caso particular y no un perfil en el que el requisito es la carrera de Psicólogo.

Hay que puntualizar además que el PARN no cuenta con personal específico propio más allá del administrativo, lo cual también conspira contra la intervención del Psicólogo en el Programa.

“El PARN dispone de recursos materiales y administrativos, no humanos (propios)”

(Entrevista Asesora técnica DIVAP, Ministerio de Salud).

La ausencia del profesional Psicólogo en el PARN da cuenta también de la ausencia en el Programa de una concepción de salud mental perinatal que permita detectar precozmente los riesgos asociados a esta etapa, como la sintomatología depresiva o ansiosa.

Valorar de forma rutinaria la salud mental de la madre durante el embarazo y el posparto en un primer nivel de atención, tiene el potencial de identificar de manera temprana a aquellas mujeres que presentan malestar psicológico o factores de riesgo significativos para trastornos mentales, para evitar posteriormente el surgimiento de psicopatología: lo cual implica el diagnóstico del vínculo madre-bebé, con la pareja, el riesgo de daño a la madre y al infante, así como si existen pensamientos suicidas y problemas psicosociales como la exposición a la violencia doméstica (Gómez López *et al.*, 2009).

Al campo disciplinar del psicólogo le resulta de utilidad comprender que se trata de un programa que opera con criterio individual, no social o comunitario. La cerrazón del programa, su estandarización, afecta naturalmente la posibilidad de generar críticas desde el ámbito de la psicología y también desde otras ciencias sociales: cómo se da a la familia, para qué se da, qué se recibe de ella. Por lo tanto, el aporte del institucionalismo centrado en los actores permite discernir que el Programa en su diseño cuenta con serias restricciones institucionales al rol del psicólogo y que lo psicosocial propiamente dicho como categoría analítica no estaría presente. En los otros componentes de Chile Crece Contigo la presencia del profesional y sus aportes serían más considerados.

Conclusiones

El Programa de Apoyo al Recién Nacido se concentra más en la gestión de la entrega del set de implementos y en las pautas educativas para el manejo de los mismos, que en el componente psicológico, central para el apego y la crianza respetuosa, que son objetivos propuestos por el mismo Programa.

La utilidad de categorías psicosociales para el Programa es pertinente con un Estado chileno que, como figura en la reseña de la historia de las políticas sociales, procura con el tiempo organizar pro-

gramas que no sólo mejoren las dimensiones materiales de la pobreza, sino que tengan en cuenta facetas sociales y psicológicas de las personas comprometidas, lo que implica sin lugar a dudas mucho más que la distribución de un ajuar de calidad para el recién nacido.

Huelga decir que la intervención psicosocial adquiere pertinencia en este escenario para mejorar así la calidad de vida y el bienestar de las personas, superando el clásico enfoque de carencia para avanzar hacia una intervención proactiva, preventiva y de mejora de la calidad de vida.

A través del análisis de documentos secundarios, se puede concluir que el sistema Chile Crece Contigo, en el cual se inserta el Programa estudiado sí considera la intervención del psicólogo como necesaria, en la tarea de apoyo a las familias en estimulación temprana, atención precoz de la patología y fortalecimiento del apego desde el nacimiento.

El Programa de Apoyo al Recién Nacido, en cambio, estando ampliamente consolidado en la población y con el noble propósito de “igualar la cancha desde el nacimiento”, promoviendo mejores condiciones de desarrollo, no considera necesario el rol del profesional psicólogo en el tiempo que dura su implementación. Esta omisión puede ser atribuible a que el mayor esmero ha sido puesto en mejorar la logística de distribución y la llegada del ajuar a las familias, así como reforzar los formatos de contenidos educativos, más que trabajar sobre la dinámica de la vinculación madre-hijo en las distintas instancias previas y posteriores al nacimiento.

En los equipos de trabajo del PARN se nota la ausencia del psicólogo, faltando con ello su práctica, que difiere sustancialmente de otros profesionales que puedan desempeñarse en el Programa, como médicos, matronas, asistentes sociales. El aporte del psicólogo permite interpelar la subjetividad femenina, el rol de la mujer, las pautas de crianza, realizando una profilaxis que contribuya a evitar la consolidación de patologías de la salud mental.

Desde el diagnóstico funcional colabora en la identificación de recursos con los que cuenta la futura mamá para llevar adelante de manera singular y lo mejor posible la encrucijada que la desafía. Su trabajo no debiera agotarse en la entrevista cuando ocurre una enfermedad o una pérdida, por ejemplo, en la sala de maternidad, sino que debiera constituir un actor que acompañe todo el proceso desde la concepción hasta el parto, vinculación con el recién nacido y etapas posteriores del desarrollo que contempla el Programa.

Fundamentalmente porque su preparación y entrenamiento le permite, quizá hasta con más soltura

que otras profesiones, tomar distancia del asistencialismo y trabajar subjetivamente la responsabilidad de la persona en lo que le acontece y las soluciones posibles a sus problemas. Si su mirada es la comunitaria, además es un actor clave en la identificación de recursos en las redes que acompañan a la paciente y que pueden fortalecerla en su rol de mamá.

Otra de las conclusiones que se desprenden del estudio de caso, en su objetivo general, es la existencia de una institucionalidad cerrada del Programa, así como la estandarización de la entrega del set de implementos que se contraponen a la amplia libertad de cada equipo de salud para implementar los talleres educativos. Es posible pesquisar dos visiones contrapuestas entre los participantes, una más bien conformista del Programa en cuestión y la otra tímidamente cuestionadora, que alcanza a señalar críticas y aspectos a mejorar y que se resume en el cuadro a continuación. En él se puede apreciar que tanto los entrevistados más críticos como los más conformes con el Programa plantean que los objetivos de CHCC y de PARN se cumplen en relación a la calidad de desarrollo de la primera infancia de los usuarios, haciendo la salvedad en problemas de cobertura del PARN que señalan los más críticos.

Estos últimos también precisan como debilidad que los recursos del Programa no son propios, así como la falta de encuentro con las familias como una asignatura pendiente, no obstante en líneas generales consideran que los propósitos de la política pública se cumplen acabadamente. Donde se pesquisan más dudas respecto a los logros del PARN es en la misión educativa del Programa y en la valoración y uso correcto de los implementos, lo que refuerza una visión verticalista de asistente-asistido de familias que tienen carencias más que fortalezas.

Puntualizando la contribución del rol del psicólogo en el ámbito de la implementación no basta con enfatizar el conocimiento disciplinar: se precisa asumir la complejidad del proceso de construcción de las políticas, y las especificidades de los distintos niveles de gobierno y de sus actores.

En el caso de análisis pesa mucho más el marco institucional que el actor individual en el Programa, al momento de determinar su ejecución y alcances. Y derivado de ello: existen notables restricciones institucionales al rol del psicólogo, desde el momento mismo que se lo piensa como interviniendo en caso de patología en el nacimiento pero no en el ámbito de la salud mental perinatal, como agente salutífero, en equipo interdisciplinario, etc.

Una de las observaciones más prolíficas que se pudo realizar a partir del análisis del material do-

cumental y de las entrevistas es que el PARN resulta un programa que opera con criterio individual, no social ni comunitario. Esta circunstancia aporta una notable restricción a sus posibilidades de acción; no hay aprovechamiento de las redes comunitarias que seguramente están operando en el territorio y que son sumamente potentes.

Esta distinción es importante de realizar porque las respuestas de los actores entrevistados entregan una concepción de redes organizadas jerárquicamente, institucionales, que no tienen presente los vínculos en la población y que, naturalmente se traducen en iniciativas de tipo *top down* y no *bottom up*.

La perspectiva comunitaria del psicólogo, ausencia ya referida en el PARN, ayudaría a entender los comportamientos, las costumbres, los rituales, los patrones de conducta que atraviesan a las poblaciones, permitiendo así construir políticas públicas más ajustadas a su realidad cotidiana. El psicólogo que trabaje en el marco de un Programa como el de Atención del Recién Nacido, es decir, de atención primaria de la salud materno-filial aporta su capacidad de detectar vínculos y patrones, apuntalarlos, trabajar con la familia en la restitución de pautas más sanas, cimentando potenciales latentes.

La futura mamá y su hijo no son seres aislados, se insertan en una trama de vida mucho más amplia con la que es preciso trabajar y que la política pública debe considerar para actuar en consecuencia. A ello se le suma la necesidad de seguimiento sistemático, para que esa mujer que es puesta en cobertura de un Programa desde su embarazo encuentre luego apoyo en los mismos actores con los que se involucró inicialmente, para lo cual el psicólogo, en su garantía de profesionalidad y confidencialidad se convierte en un referente importante de ese equipo de seguimiento.

Referencias

- Alfaro, J. (2012). Posibilidades y tensiones en la relación entre psicología comunitaria y políticas sociales. En Alfaro, J., editor, *JPsicología Comunitaria y Políticas Sociales. Reflexiones y Experiencias*, pp. 45–76.
- Alfaro, J. y Berroeta, H. (2007). Trayectoria de la psicología comunitaria en Chile. prácticas y conceptos. *Editorial Universidad de Valparaíso. Valparaíso*.
- Andrews, A. B. y Ben-Arieh, A. (1999). Measuring and monitoring children's well-being across the world. *Social Work*, 44(2):105–115.
- Arrieta, C. y Garita, C. (2012). Construcción de política social: retos para la psicología comunitaria costarricense de cara a los procesos de formación profesional ya la definición del papel psicológico comunitario. *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales. Reflexiones y experiencias*, pp. 359–379.
- Barrantes Echavarría, R. (1999). *Investigación: un camino al conocimiento: un enfoque cualitativo y cuantitativo*. EUNED, San José, Costa Rica.
- Bradshaw, J. (2006). A review of the comparative evidence on child poverty.
- Bradshaw, W. E. y Holzapfel, C. M. (2006). Evolutionary response to rapid climate change. *Science(Washington)*, 312(5779):1477–1478.
- Chile Crece Contigo (2010a). *Cuatro años creciendo juntos. Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006–2010*.
- Chile Crece Contigo (2010b). *Estudio de Seguimiento de Casos de Usuaris del Sistema Chile Crece Contigo*.
- Di Tommaso, M. L. (2006). Measuring the well being of children using a capability approach an application to indian data. Technical report, CHILD-Centre for Household, Income, Labour and Demographic economics-ITALY.
- Gómez López, M. E., Aldana Calva, E., González Campillo, G., Mota González, C., y Sánchez Pichardo, M. A. (2009). Psicoterapia de grupo para mujeres con embarazo de alto riesgo. *Terapia psicológica*, 27(2):215–225.
- Land, K. C., Lamb, V. L., y Mustillo, S. K. (2001). Child and youth well-being in the united states, 1975–1998: Some findings from a new index. *Social indicators research*, 56(3):241–318.
- Opazo, D. (2016). Los desafíos de la coordinación intersectorial: Un análisis de la implementación del programa de apoyo al recién nacido. *Revista Estudios de Políticas Públicas*, 3.
- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M., y Madeira, T. (2012). Contribuciones de la psicología comunitaria a las políticas sociales en las áreas de la integración psicosocial y en la violencia contra las mujeres. *Psicología comunitaria y políticas sociales: reflexiones y experiencias*, pp. 255–288.
- Palmer, C. (2005). Estudio diagnóstico para un proyecto de indicadores de la situación de los derechos y la infancia en México. *Cuentan Niños y Niñas en México*.

- Pancaldi, F. (2012). The turn to real actors: Achievements and challenges for actor-centered institutionalism in the comparative political economy. *Paper for the XXVI Convegno SISP, Rome*, pp. 13–15.
- Perkins, D. D. (1995). Speaking truth to power: Empowerment ideology as social intervention and policy. *American journal of community psychology*, 23(5):765–794.
- Phillips, D. A. (2000). Social policy and community psychology. En *Handbook of community psychology*, pp. 397–419. Springer.
- Scharpf, F. W. (1997). *Games real actors play: Actor-centered institutionalism in policy research*. Westview Press.
- Shinn, M. (2007). Waltzing with a monster: Bringing research to bear on public policy. *Journal of Social Issues*, 63(1):215–231.
- Teixeira, P., Loja, E., Costa, E., y Menezes, I. (2012). Más allá del desierto: Empoderamiento e inclusión en las políticas sociales en el dominio de la rehabilitación en Portugal y en Europa. *Políticas Sociales y Psicología Comunitaria: Encuentros y Desencuentros*, pp. 289–310.
- Yin, R. (2009). *Investigación sobre estudios de caso. Diseño y métodos*. Sage Publications.
- Zurbriggen, C. (2006). El institucionalismo centrado en los actores: Una perspectiva analítica en el estudio de las políticas públicas. *Revista de Ciencia Política*, pp. 67–83.