



# PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL ORIENTADO AL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ



INFORME CONSOLIDADO

**Piso de protección social orientado al cumplimiento de los derechos de la niñez.**

Autores: Vinculo Consultores

Equipo de Trabajo: Claudia Serrano (coordinadora del proyecto), Josefa Palacios, Maureen Neckelmann, Juan Enrique Pi, Fidel Miranda.

Autores Unicef: Soledad Cortes, Oficial de Políticas Sociales y Paula Pacheco, Especialista de Políticas Sociales.

Edición: Ana María Moraga

Diseño: Carlos Bravo

Santiago de Chile

Noviembre de 2020

Este documento fue encargado por la oficina de UNICEF Chile a Vinculo Consultores, en el marco del proceso de asistencia técnica a la Subsecretaría de la Niñez del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Las opiniones entregadas en este informe no representan necesariamente a UNICEF y son de exclusiva responsabilidad de los autores.

# Índice

<b>Resumen Ejecutivo</b> .....	<b>3</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>8</b>
<b>1. Marco Conceptual</b> .....	<b>12</b>
1.1 Protección Social.....	13
1.2 Piso de Protección Social .....	15
1.2.1 Perspectiva del Ciclo de Vida .....	17
1.2.2 Relevancia de la Perspectiva de Género.....	18
1.3 Definiciones teórico-metodológicas para establecer PPS sensible a la infancia y adolescencia .....	19
<b>2. Experiencia Internacional Comparada</b> .....	<b>23</b>
2.1 Panorama de Países Seleccionados.....	24
2.1.1 Regímenes de bienestar .....	25
2.1.2 Indicadores de Protección Social .....	28
2.1.3 Resultados de bienestar .....	29
2.2 Estrategias y Marcos Normativos .....	30
2.3 Protección social de NNA en los países seleccionados .....	35
2.3.1 Salud .....	35
2.3.2 Alimentación y nutrición .....	51
2.3.3 Educación.....	55
2.3.4 Cuidado infantil y Educación en la Primera Infancia .....	62
2.3.5 Seguridad social de Ingresos .....	70
2.4 Conclusiones .....	84
<b>3. Políticas, programas y prestaciones dirigidas a la infancia y adolescencia en Chile</b> .....	<b>87</b>
3.1 Antecedentes Generales .....	87
3.2 Políticas, Programas y Prestaciones dirigidas a la Infancia y Adolescencia .....	92
3.2.1 Salud.....	92
3.2.2 Alimentación y Nutrición.....	99
3.2.3 Educación.....	102
3.2.4 Educación preescolar y Cuidado Infantil.....	109
3.2.5 Seguridad de Ingresos.....	116

3.3 Brechas de Protección Social para NNA en Chile.....	124
3.3.1 Brechas en Salud.....	124
3.3.2 Brechas en Alimentación y Nutrición.....	126
3.2.3 Brechas en Educación.....	126
3.3.4 Brechas en Cuidado Infantil .....	127
3.3.5 Brechas en Seguridad social e Ingresos .....	127
<b>4. PPS sensible a los derechos NNA.....</b>	<b>129</b>
4.1 Propuestas en Ingresos, Salud Mental, Cuidado Infantil, Obesidad Infantil e Inclusión Social .....	131
4.1.1 Propuesta Ingreso Familiar para Familias con Hijos.....	132
4.1.2. Propuesta de un Sistema de Cuidado para la Primera Infancia .....	137
4.1.3 Propuesta de Salud Mental con énfasis en adolescencia .....	141
4.1.4. Propuesta de política integral de prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad infantil .....	146
4.1.5. Propuesta de Inclusión Social de Migrantes, Personas en Situación de Discapacidad y Población LGTBI.....	149
4.1.6 Instalar un sistema de garantías en materias de salud y cuidado infantil .....	154
4.2 Comentarios finales .....	156
<b>5. Conclusiones.....</b>	<b>158</b>
<b>Glosario de Siglas.....</b>	<b>161</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>163</b>

# Resumen Ejecutivo

Este documento presenta una Propuesta de Piso de Protección Social que contribuya a cumplir los derechos de niños, niñas y adolescentes ( en adelante NNA), que sirva como insumo para la discusión del proyecto de ley de Garantías actualmente en discusión legislativa, la implementación progresiva del Sistema de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia y aporte a la toma de decisiones en políticas públicas orientadas a asegurar el bienestar de NNA que viven en Chile. La propuesta se enmarca en la conceptualización sobre sistemas de protección social basados en un enfoque de derechos de la niñez. El Piso de Protección Social, por su parte, es una iniciativa de Naciones Unidas orientada a proveer un seguro contra la pobreza para todos/as y en todo momento, basado en un enfoque de derechos humanos y con una perspectiva sistémica, con el objetivo que todos/as gocen de acceso a servicios públicos esenciales y vivan por sobre un nivel de ingresos determinado (OIT 2004, 2011).

El análisis del caso chileno demuestra que se ha recorrido una larga trayectoria y acumulado un conjunto de políticas, programas y medidas orientados a defender y proteger los derechos de la infancia y, en menor medida, la adolescencia. Si bien algunas políticas o programas tienen muchos años de antigüedad, como la educación pública obligatoria o el Programa de Alimentación Complementaria, a partir de los años 2000 se observa un claro giro hacia un enfoque de derechos económicos y sociales. Entre los años 2002 y 2009 se instala el concepto de protección social como eje de la política social.

El Piso de Protección Social sensible a los derechos de la niñez propuesto considera los programas que ya existen y las brechas respecto de las prestaciones y servicios en otros países. La propuesta se organiza en torno a las dimensiones Ingreso, Cuidado Infantil, Salud, Educación y Alimentación. La tabla que se presenta a continuación detalla las 25 políticas que, en 2020, contribuyen a un Piso de Protección Social:

TABLA 1

Políticas y Programas Centrales de Protección Social para NNA Chile 2020 por ciclo de vida

SUBDIMENSIÓN	NOMBRE DEL PROGRAMA	CICLO DE VIDA*
<b>SALUD</b>		
Acceso universal de salud	FONASA	Todo el ciclo
	AUGE	Todo el ciclo
Prevención	Programa Nacional de Inmunizaciones	Primera infancia -adolescencia temprana
	Control del Niño Sano en consultorio y establecimientos educacionales (niños hasta 9 años)	Primera infancia, infancia
	Programa preventivo de salud bucal Sembrando Sonrisas	Primera infancia
	Programa de Apoyo al Recién Nacido en centros asistenciales de la red pública de salud	Recién Nacido
Niño(a)s vulnerables y con discapacidad	Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil de la primera infancia para superar el rezago, riesgo de retraso o riesgo biopsicosocial	Primera infancia
<b>ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN</b>		
Alimentación	Programa de Alimentación Escolar	Todo el ciclo Primera infancia-adolescencia
	Elige Vida Sana	Todo el ciclo Primera infancia-adolescencia
<b>EDUCACIÓN</b>		
Acceso	Educación pública y subvencionada con financiamiento estatal.	Infancia-adolescencia
Niño(a)s en situación de vulnerabilidad o discapacidad	Subvención Escolar Preferencial (SEP)	Infancia-adolescencia
	Habilidades para la Vida I II y III que buscan proteger a estudiantes con riesgo socioeducativo y evitar la deserción escolar.	Infancia-adolescencia
<b>EDUCACIÓN PREESCOLAR Y CUIDADO INFANTIL</b>		
Jardín Clásico JUNJI e Integra para niños y niñas de 0 a 6 años		Primera infancia
Licencias y derechos parentales	Ley Sanna, Seguro para trabajadores y trabajadoras para el Acompañamiento de Niños y Niñas con una condición grave de salud.	Todo el ciclo Primera infancia-adolescencia (Hasta 15 o 18 años)
	Permiso maternal y paternal	Recién Nacido
<b>SEGURIDAD DE INGRESOS</b>		
Subsidios de manutención	Bonos sistema SSOO	Todo el ciclo Primera infancia-adolescencia
	Ingreso Mínimo Garantizado	Mayores de 18 años
	Asignación Familiar	Todo el ciclo Primera infancia-adolescencia
	Subsidio Único Familiar (SUF)	Todo el ciclo Primera infancia-adolescencia
	Aporte Familiar Permanente (ex bono marzo)	Todo el ciclo Primera infancia-adolescencia
Subsidios de maternidad, paternidad y cuidado	Asignación Familiar	Recién Nacido
Seguros de cesantía y pensiones de invalidez y sobrevivencia	Seguro de Cesantía	Mayores de 18 años
	Pensión de invalidez	Todo el ciclo
	Pensión Básica Solidaria de invalidez	Personas Mayores
	Pensión de sobrevivencia	Todo el ciclo

\*Recién nacido: 0 a 1 año, Primera infancia: 0 a 5 años, Infancia: 5 a 9 años, Adolescencia temprana: 10 a 13 años, Adolescencia: 14 a 18 años.

La propuesta se nutre de un estudio con parados de seis países con igual o mayor nivel de desarrollo que Chile (Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, Letonia, República Checa y Uruguay). Destaca, en todos estos países que i) la educación se ha consolidado como universal, obligatoria y gratuita, ii) la salud se ha consolidado como de acceso universal y gratuito, en algunos casos con controles obligatorios, iii) se está incluyendo la alimentación y salud mental en el paquete de servicios, iv) que la seguridad de ingresos se asegura a través de una diversidad de herramientas que consideran el número de NNA y su edad para determinar el nivel de las prestaciones y v) se han desarrollado estrategias que mejoran la integración de los distintos servicios (salud, educación, ingresos). Estas tendencias permiten, al comparar con Chile, detectar brechas en áreas claves de los programas de protección integral a la infancia y adolescencia, los que inspiran propuestas de mejoras en cinco dimensiones:

- **Sistema Unificado de Transferencias (SUF) de Ingreso para Familias con Hijos**, con el que se propone modificar las transferencias dirigidas a pobreza extrema de forma de establecer un solo bono que garantice a las familias un ingreso igual o mayor al que establece la línea de pobreza extrema; mejorar el monto de las asignaciones familiares y redefinir el criterio de asignación del SUF para clarificar qué necesidades pretende resolver.
- **Sistema Nacional de Cuidado de la Primera Infancia**, se propone un sistema con cobertura universal, formación y certificación de cuidadoras, introducción de modalidades no convencionales y, en el futuro, bonificación a los padres si deciden ser ellos los cuidadores.
- **Programa de Salud Mental para Adolescentes**, se propone un sistema de prevención y alerta temprana localizado en la escuela y vinculado al proyecto educativo escolar.
- **Inclusión Social de migrantes**, de personas en situación de discapacidad, población indígena y población LGTBI, se propone dotar a todos los colegios del país de los recursos y capacidades para atender la diversidad tomando como puntal inicial la experiencia en curso sobre Convivencia Escolar que se realiza en cerca de la mitad de los establecimientos educacionales del país.
- **Prevención de la Obesidad Infantil y Adolescente**, se propone mejorar la nutrición y los hábitos de actividad física de NNA a lo largo del ciclo de vida mediante medidas educativas, modificación del entorno escolar y modificación a las raciones alimenticias, disminuir la obesidad y el sobrepeso entre mujeres embarazadas y reducir la disponibilidad y publicidad de alimentos no saludables.

Para cada una de estas áreas, la propuesta contempla recomendaciones que son, según corresponda, de diferente alcance y envergadura. Algunas suponen acuerdos intersectoriales, cambios estructurales y culturales, como aquellos que pretenden modificar el entorno obesogénico

que está amenazando la salud de NNA, otras suponen nuevas formas de trabajo y coordinación entre agentes públicos en el ámbito escolar; otras requieren modificaciones legales, como se propone en torno al cuidado infantil, o rediseño de sistemas en curso, como se recomienda para las transferencias de ingresos a familias con hijos. La siguiente tabla resume la propuesta en las cinco áreas consideradas, sus objetivos y las medidas propuestas, para fortalecer un Piso de Protección Social para NNA en Chile.

TABLA 2  
**Nuevas Medidas para un Piso de Protección Social para NNA Chile 2020**

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	NUEVAS MEDIDAS	PROGRAMA ACTUALES
Seguridad de Ingresos	Subsidios de manutención	Bono para familias en pobreza extrema con hijos a cargo	Bonos del sistema Seguridades y Oportunidades (SSyOO) Ingreso Mínimo Garantizado Asignación Familiar SUF Aporte Familiar Permanente (ex bono marzo)
Cuidado Infantil	Educación y cuidado en la primera infancia	Programas de Sistema Nacional de Cuidado	Jardín Clásico JUNJI e Integra para niños y niñas de 0 a 6 años
Salud	Salud mental	Programas de Salud Mental con énfasis en Adolescencia	Habilidades para la Vida I II y III que buscan proteger a estudiantes con riesgo socioeducativo
Educación	Niños(a) en situación de vulnerabilidad o discapacidad	Propuesta de inclusión social de migrantes, personas en situación de discapacidad y población LGTBI	SEP Aula Segura Programa de Integración Escolar PIE
Alimentación y Nutrición	Alimentación	Programas de prevención y tratamiento de la obesidad infantil	Programa de Alimentación Escolar Elige Vida Sana

Se recomienda fundar la protección social sensible a los derechos de la niñez en un marco legal e institucional sólido, capaz de entregar claridad respecto de los objetivos mayores y la visión de sociedad que justifica esa definición de objetivos, a la vez que este marco legal debe ser capaz de sostener garantías legales a la protección social, con beneficiarios que se reconocen como titulares de derechos. El marco por excelencia de esta discusión se da en torno a la discusión legislativa del proyecto de ley que crea el sistema de garantías de derechos de la niñez (boletín N°10315-18), atendiendo a un mensaje presidencial del año 2015.

La propuesta también incluye recomendaciones que colaboren en mejorar y consolidar progresivamente la instalación del sistema de Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, proponiendo instalar sistemas explícitos de prestaciones garantizadas en los ámbitos de salud mental y de cuidado infantil, reforzando el rol de las respectivas superintendencias en estas materias.

Por último, con respecto a la implementación de las recomendaciones, deberá establecerse qué estudios complementarios se requieren, qué diseños más detallados y cuál es la progresividad de la implementación, para coordinar un plan de trabajo que satisfaga los temas de decisión política, diseños técnicos y definiciones administrativas y presupuestarias.

# Introducción

Chile ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) en 1990 y desde entonces se ha ido avanzando en concretar sus compromisos por la protección integral de los niños, niñas y adolescentes que viven en el país.

Los principales hitos en la materia durante la última década, han sido la elaboración de la Política Nacional de Niñez y Adolescencia (2015-2025) y el Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia (2018-2025); la Defensoría de la Niñez (2018), la Subsecretaría de la Niñez en el Ministerio del Desarrollo Social y la Familia (2018) y el Comité Interministerial de Desarrollo Social, Familia y Niñez (2019); y la reciente creación del Servicio de Protección a la Niñez (2020) y el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil (aun en tramitación).

Un aspecto fundamental para avanzar y darle marco legal a todos los esfuerzos por concretar los derechos de niños, niñas y adolescentes, articulando e integrando las respuestas del Estado hacia la niñez será la promulgación de la ley que crea el Sistema de Garantías de Derechos de la Niñez, cumpliendo con las recomendaciones de la CDN sobre la necesidad de crear un Sistema de Protección Integral de la Infancia en Chile. Esta ley reconoce al niño como sujeto de derechos, capaz de ejercerlos por sí mismo según su edad y grado de madurez, y consagra el interés superior del niño, entendido como el máximo cumplimiento del conjunto de sus derechos.

Sin embargo, aún existen múltiples dificultades para que las familias puedan ejercer el rol de cuidado y protección que permita a niños, niñas y adolescentes ejercer sus derechos, siendo particularmente afectadas las familias en situación de pobreza. En este escenario, el estado tiene un rol central en brindar apoyos y generar las condiciones para el desarrollo de todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el país a través de un Piso de Protección Social universal, que asegure condiciones básicas comunes y apoye a las familias en sus particularidades para alcanzar mayes niveles de equidad y justicia social.

Un Piso de Protección Social universal de avance gradual debería partir abordando a los grupos más vulnerables. El año 2017 cerca de un millón de personas menores de 18 años estaba en situación de pobreza multidimensional, es decir, sujeto a múltiples carencias en los ámbitos de educación, salud, seguridad social, vivienda, entorno, redes y cohesión social.

Ante la vulnerabilidad que afecta a la niñez y sus familias en el mundo, UNICEF, CEPAL y OIT, entre otras organizaciones, han planteado la importancia de que los países cuenten con un Piso de Protección Social. UNICEF comprende la protección social como el conjunto de acciones públicas

y privadas que tienen como propósito prevenir, reducir y eliminar las vulnerabilidades económicas y sociales que conducen a la pobreza y a la exclusión social que afecta a niños/as, adolescentes y sus familias (UNICEF, 2012). La protección social sensible a los derechos de la niñez corresponde a un enfoque basado en la evidencia, que busca maximizar las oportunidades y los resultados del desarrollo en niños/as y adolescentes, tomando en consideración que su bienestar se compone de distintas dimensiones que lo hacen ser de carácter integral. El foco de este enfoque está puesto en abordar las desventajas sociales transmitidas a través de las distintas generaciones, así como los riesgos y las vulnerabilidades que enfrentan los niños/as al momento de nacer, y los obstáculos e inconvenientes que deben enfrentar durante su niñez y adolescencia provocados por situaciones de crisis externas (UNICEF, 2012).

Los sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez tienen la capacidad de responder a la variedad de vulnerabilidades sociales y económicas que enfrentan niños/as y adolescentes y sus familias a lo largo del curso de vida. Por esta razón, deben ser integrales para evitar la fragmentación de la respuesta por parte de la política social, articulando los distintos programas sociales conforme a las necesidades específicas, que son distintas según la etapa en el curso de vida en que se encuentren (UNICEF, 2019).

La Agenda Regional de Desarrollo Social Inclusivo 2019 impulsada por CEPAL, plantea los sistemas de protección social universales e integrales como el primer instrumento orientado a acelerar la implementación de la dimensión social de la Agenda 2030 en América Latina y el Caribe. Esta Agenda, aprobada en 2019 por todos los países reunidos en la Conferencia Regional de Desarrollo Social (entre ellos Chile), incluye entre sus líneas de acción la evaluación de la factibilidad de implementar de incorporar gradual y progresivamente una transferencia universal para la niñez y la incorporación de una perspectiva sensible a sus derechos en las prestaciones comprendidas en los sistemas de protección social. Acorde con la definición de esta Agenda, los sistemas de protección social constituyen el conjunto de políticas que buscan “garantizar el acceso a ingresos adecuados para un nivel de bienestar suficiente de manera universal, servicios sociales (como salud, educación, agua y saneamiento), vivienda, políticas de inclusión laboral y trabajo decente” (CEPAL, 2020, pág. 20).

Inherente a la iniciativa de un Piso de Protección Social (PPS) está la necesidad de protección social a lo largo del ciclo de vida de las personas, que aborde las vulnerabilidades basadas en la edad y que garantice como mínimo el acceso a atención médica esencial, incluida la atención de maternidad; la seguridad básica de ingresos para niños; seguridad básica de ingresos para personas en edad activa que no pueden obtener ingresos suficientes; y la seguridad básica de ingresos para las

personas mayores (OIT, 2012; UNICEF, 2019). De esta manera, un PPS sensible a los derechos de la niñez no sólo reconoce y se centra en las necesidades de niños/as y adolescentes, sino también reconoce la relación de estos con los adultos en diferentes etapas de sus vidas (UNICEF, 2019).

A partir de estos antecedentes y considerando que actualmente la Subsecretaría de la Niñez se encuentra tramitando el proyecto de Ley que crea un Sistema de Protección Integral de Derechos de la niñez, es que UNICEF como parte de su Programa de Cooperación al Gobierno de Chile y en particular a la Subsecretaría de la Niñez, encargó a la consultora Vínculos la realización de un estudio para generar una propuesta de Piso de Protección Social sensible a la niñez en Chile. Con esta propuesta se espera aportar a la discusión y futura implementación de un Sistema de Protección Integral de Derechos, para lo cual se solicitó realizar una propuesta de las principales medidas de protección social que serían relevantes para Chile, basado en el acucioso estudio de la oferta existente en el país para la protección de los derechos de la infancia y de la revisión de experiencia internacional comparada sobre esta materia.

Asimismo, se espera que la propuesta de Piso de Protección apoye el cumplimiento de uno de los resultados estratégicos del Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025, en donde se establece al 2025, que los niños, niñas y adolescentes y sus familias cuentan con las condiciones de bienestar socioeconómico que les permiten el ejercicio de sus derechos y el desarrollo de sus capacidades, favoreciendo así la disminución de las desigualdades presentes en el país.

La propuesta presenta un Piso de Protección Social que permita respetar, proteger y hacer efectivos los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes, poniendo especial atención en la situación de quienes viven en condición de pobreza y vulnerabilidad. Se argumenta respecto de la particular vulnerabilidad de la infancia y la relevancia de los sistemas de protección social basados en el enfoque de derechos para asegurar condiciones mínimas de vida.

El documento se organiza en cuatro capítulos: marco conceptual, estudio comparado, revisión de políticas, programas y prestaciones dirigidas a la infancia en Chile y presentación de la propuesta.

En el primer capítulo, se propone un marco conceptual del Piso de Protección Social sensible a los derechos de niños, niñas y adolescentes, el cual proviene de diversos aportes del sistema de Naciones Unidas, con particular atención a la Convención sobre los Derechos de la Infancia y a diversos lineamientos acerca de protección social y bienestar.

El segundo capítulo presenta el estudio comparado de experiencias relevantes en un conjunto de países. Se seleccionaron 6 países en base a los siguientes criterios: i) con niveles de desarrollo

similares a Chile y con mejores niveles de desarrollo; ii) miembros de la OCDE y/o de la Unión Europea y/o iii) que cuenten con estrategias orientadas al cumplimiento de los derechos de la niñez. Los países seleccionados fueron Dinamarca, Francia, Letonia, Reino Unido, República Checa y Uruguay.

El tercer capítulo corresponde a un exhaustivo análisis de la oferta de políticas, programas y prestaciones dirigidas a la infancia en Chile en las dimensiones de salud, educación, alimentación y nutrición, cuidado infantil y educación preescolar e ingresos. El caso chileno demuestra que se ha recorrido una larga trayectoria y acumulado un conjunto de políticas, programas y medidas orientados a defender y a proteger los derechos de la infancia y, en menor medida, de la adolescencia. Se expone que, si bien algunas políticas o programas tienen varios años de antigüedad, como la educación pública obligatoria o el Programa de Alimentación Complementaria, a partir de los años 2000 se observa un claro giro hacia un enfoque de derechos económicos y sociales. Entre los años 2002 y 2009 se instala el concepto de protección social como eje de la política social.

Por último, la propuesta del Piso de Protección Social para niños, niñas y adolescentes, detallada en la cuarta parte del informe, considera los programas que ya existen y las brechas respecto de las prestaciones y servicios que se entregan en los países estudiados. La propuesta se organiza en torno a las dimensiones de: Ingreso, Cuidado Infantil, Salud, Educación y Alimentación y abarca 25 políticas, programas o prestaciones que conforman un Piso de Protección Social. Cinco de estos programas son considerados especialmente relevantes e insuficientemente desarrollados en el país, por lo que se proponen mejoras sustantivas. Por ello se incluyen propuestas en materia de seguridad de ingreso, cuidado infantil, salud mental de adolescentes, inclusión social de población vulnerable y con necesidades especiales y atención a los problemas de obesidad infantil.

Esta propuesta de Piso de Protección Social para hogares con niños, niñas y adolescentes espera ser una contribución para la discusión en base a contenidos, sobre la política pública hacia la niñez que requiere ser desarrollada y fortalecida en el país para poner en práctica los compromisos que Chile contrajo hace más de 30 años en torno a crear un Sistema Integral de Protección a la Infancia. Este desafío, adquiere mayor relevancia en el contexto actual en que el país comienza un proceso constituyente, en cual las materias referidas a niñez, adolescencia y derechos sociales deberían ser aspectos centrales de las definiciones políticas e institucionales de largo plazo.

# 1. Marco Conceptual

Los sistemas de protección social basados en el enfoque de derechos humanos se han transformado en una palanca vital para asegurar condiciones mínimas de vida a la población. Se asocian, principalmente, con los sistemas de transferencias de ingreso contributivos o no contributivos, condicionados o universales. Sin embargo, la dimensión de ingreso no es la única a tener en cuenta, ya que esta debe entenderse vinculada a una oferta eficiente y eficaz de servicios, adecuada en cantidad y calidad, que permita a NNA desarrollar sus potencialidades. UNICEF comprende la protección social como “el conjunto de acciones públicas y privadas que tienen como propósito prevenir, reducir y eliminar las vulnerabilidades económicas y sociales que conducen a la pobreza y a la exclusión social que afecta a niños/as, adolescentes y sus familias” (UNICEF 2019c).

Contribuir al diseño de un Piso de Protección Social (en adelante PPS) orientado a hacer efectivos los derechos de niños/as y adolescentes constituye una tarea especialmente relevante para promover el bienestar de la población y romper el ciclo vicioso de la pobreza y desigualdad en el largo plazo, así como también para asegurar la cohesión social (OIT 2011). En la infancia y adolescencia confluyen diversas fuentes de riesgos y vulnerabilidades que tienen que ver, en general, con el hecho de que NNA dependen de otros para su bienestar y con que los potenciales daños que se puedan sufrir en esta etapa tienen efectos duraderos sobre sus oportunidades futuras (Cecchini et al. 2015). Sin embargo, los NNA tienen más probabilidades que los adultos de vivir en pobreza extrema y la pobreza moderada también es significativamente mayor en niños que en adultos. Aun en países de altos ingresos, la pobreza infantil sigue siendo un problema: 27 de los países OCDE, incluyendo Chile, tienen tasas de pobreza relativa infantil por sobre el 10%, y solo dos (Dinamarca y Finlandia) las mantienen bajo el 5%.

La protección social debe considerar la situación de NNA y sus familias de forma multidimensional, incluyendo vulnerabilidades económicas y también sociales (Saab 2013). La vulnerabilidad económica se relaciona con la situación de bajos ingresos de numerosas familias con hijos y con la dificultad que tienen padres y madres para conciliar empleo y paternidad. Antes de los tres años, y más frecuentemente inmediatamente después del nacimiento, el riesgo de pobreza de los padres con niños y niñas llega a su máximo, especialmente entre aquellos con sueldos bajos (menos de la mitad de la media de ingreso) y familias monoparentales (OECD 2011).

La infancia y adolescencia contemplan vulnerabilidades y riesgos específicos, los que además se combinan en las sociedades contemporáneas con nuevos riesgos derivados de crisis sociales y ambientales. Un caso extremo es la crisis desatada por la pandemia sanitaria derivada del COVID 19 que está afectando al mundo y a Chile con implicancias desastrosas en materia de salud y bienestar. Se trata de un escenario crecientemente complejo, frente al cual los sistemas de protección social deben ser capaces de responder y adaptarse para ofrecer un marco adecuado para el bienestar de los NNA.

## 1.1 Protección Social

La iniciativa conocida como PPS se enmarca en el concepto más amplio de protección social anclado en un enfoque de derechos humanos. Naciones Unidas define Protección Social como todas aquellas medidas que aportan prestaciones en dinero o especies para garantizar la seguridad de ingreso y acceso a la salud, entregando apoyo a las familias, y especialmente a niños y adultos dependientes (United Nations 2018). La OCDE introduce en su definición la idea de desarrollo sustentable e inclusivo, entendido como mejoras en los niveles de vida y participación de diferentes grupos sociales en los beneficios de la prosperidad (OECD 2018). CEPAL, en la Agenda Regional de Desarrollo Inclusivo aprobada por los países miembros en 2019, establece como primer eje de acción la instalación de sistemas de protección social universales e integrales para erradicar la pobreza y reducir significativamente las desigualdades. En particular, se plantea que el diseño de sus prestaciones debe orientarse al logro de sinergias efectivas con otros objetivos de la política social, incluidas la erradicación del hambre y del trabajo infantil, la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna y la conclusión de la enseñanza primaria y secundaria. Esta agenda sostiene que la protección social debe abordar de manera efectiva las brechas de acceso al bienestar, haciendo posible el ejercicio de derechos y la plena participación de las personas en la sociedad (CEPAL 2019; CEPAL y UNICEF 2020).

A diferencia de la conceptualización de Naciones Unidas, el Banco Mundial no integra la noción de derechos ciudadanos en esta definición. Con un enfoque más específico, que ha sido particularmente influyente en Chile y América Latina, el Banco Mundial entiende la protección social como el apoyo a las personas y familias frente al riesgo y la incertidumbre. Esta protección incluye a) transferencias monetarias a quienes las necesitan, particularmente los niños; b) beneficios y apoyo para las personas en edad de trabajar en caso de maternidad, discapacidad, accidentes laborales o desempleo, lo

que incluye el seguro de cesantía, c) pensiones para los ancianos y d) asistencia social mediante mecanismos de seguro social, beneficios sociales financiados con impuestos, programas de obras públicas y otros sistemas que garantizan la seguridad del ingreso básico<sup>1</sup>.

UNICEF comprende la protección social como aquellas acciones destinadas a reducir las vulnerabilidades económicas y sociales que afectan a niños/as, adolescentes y sus familias (UNICEF 2019c). La protección social sensible a los derechos de la niñez corresponde a un enfoque basado en evidencia, que busca maximizar las oportunidades y los resultados del desarrollo en niños/as y adolescentes, asumiendo un concepto integral de bienestar que se compone de distintas dimensiones que lo hacen ser de carácter integral. El foco de este enfoque está puesto en “abordar las desventajas sociales transmitidas a través de las distintas generaciones, así como los riesgos y las vulnerabilidades que enfrentan los niños/as al momento de nacer, y los obstáculos e inconvenientes que deben enfrentar durante su niñez y adolescencia provocados por situaciones de crisis externas” (CEPAL y UNICEF 2020). Las políticas que se desprenden de este enfoque se orientan a prevenir, reducir y eliminar el riesgo económico y la vulnerabilidad asociada a la pobreza y privación, permitiendo un estándar adecuado de vida y de acceso a servicios esenciales. Esto incluye transferencias sociales, programas para asegurar acceso económico y social a servicios, apoyo social y servicios de cuidado, y la legislación y políticas que aseguren equidad y no discriminación en el acceso de los niños y las familias a servicios, empleos o sustento (UNICEF 2014).

En general, se enfatiza que los sistemas de protección social deben estar anclados en la ley y basarse en una visión sistémica, que pueda ofrecer sinergia y complementariedad para aumentar el impacto de las distintas iniciativas y programas (OECD 2018; United Nations 2018). En este marco, los atributos de un sistema de protección social pueden resumirse a partir de los siguientes elementos: integral, comprehensivo, universal y basado en marcos legales e institucionales, en cuanto se comprometen a respetar, proteger y realizar el derecho a la protección social de todos los niños/as y adolescentes, partiendo por aquellos que se encuentran en situación de mayor desventaja y vulnerabilidad (CEPAL y UNICEF 2020); inclusivo y no excluyente, participativo, informado y reportable mediante mecanismos de monitoreo de alcance y resultados de las medidas tomadas.

---

1 <https://www.bancomundial.org/es/topic/socialprotection/overview>

## 1.2 Piso de Protección Social

El PPS es una iniciativa de Naciones Unidas orientada a proveer un seguro contra la pobreza para todos/as y en todo momento. Se basa en un enfoque de derechos y tiene un carácter sistémico (OIT 2011)<sup>1</sup>. A través de sus agencias, Naciones Unidas apoya a sus naciones miembros a establecer y promover pisos de protección social como parte de sus sistemas más amplios de protección social (United Nations 2018). En particular, se busca promover el objetivo de que “...nadie debería vivir por debajo de un nivel de ingresos determinado, y todo el mundo debería gozar de acceso a servicios públicos esenciales como el agua y el saneamiento, la salud y la educación” (OIT 2004). La Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización concluyó además que “debe aceptarse un determinado nivel mínimo indiscutible de protección social como parte de la base socioeconómica de la economía global” (OIT 2004, p.122). Los países se comprometen así a establecer un nivel mínimo de protección social a partir de dos dimensiones básicas: un piso de seguridad social que asegure un ingreso mínimo a las familias, especialmente las más vulnerables, y la obligación de los Estados de proveer acceso total a un amplio rango de servicios públicos esenciales, en particular salud y educación (UNICEF 2014).

El PPS constituye una herramienta eficaz para avanzar en la Agenda 2030 que plantea los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS), especialmente en los cinco primeros objetivos contenidos en esta agenda:

- Objetivo 1.** Terminar con la pobreza en todas sus formas en todas partes.
- Objetivo 2.** Terminar con el hambre, lograr seguridad alimentaria, mejorar la nutrición y promover la agricultura sustentable.
- Objetivo 3.** Asegurar vidas saludables y promover el bienestar en todas las edades.
- Objetivo 4.** Asegurar una educación de calidad, inclusiva y equitativa y promover oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida para todos.
- Objetivo 5.** Lograr equidad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas.

El concepto de PPS plantea un universalismo básico, que supone que ciertas prestaciones mínimas deben otorgarse sobre la base de los derechos humanos que tienen todas las personas. De esta forma, si bien las estrategias pueden incorporar medidas contributivas y no contributivas, focalizadas y universales, públicas y privadas, se privilegian principios universales y financiados a través de impuestos generales (Cecchini et al. 2015). Los pisos de protección social difieren así de las aproximaciones basadas en redes de seguridad social (*safety nets*), que son transferencias no contributivas diseñadas para entregar un

apoyo regular, predecible y focalizado a las personas pobres y vulnerables que no están asociadas a la noción de derechos (Human Rights Council 2014). En contraste, el objetivo del PPS es el fomento de estrategias integradas y no de programas aislados, muchas veces fragmentados e insuficientemente coordinados, que pueden llevar a brechas en cobertura, errores de exclusión o crear riesgos de que actividades en un sector generen efectos negativos imprevistos en otro.

Este planteamiento instala el concepto de mínimo, que a su vez está vinculado al concepto de garantías y de derechos de las personas. Los derechos son las facultades y obligaciones que derivan de ser persona, como los derechos humanos, o de sus relaciones respecto de otros, como el derecho de familia (Real Academia Española 2014). El enfoque de garantías es una manera innovadora de integrar una perspectiva de derechos en la política social. Se toma la noción abstracta de derecho para convertirla en estándares y derechos concretos que se materializan con la prestación concreta de bienes y servicios públicos. Un tema crucial de este enfoque es la determinación de cuáles derechos, asociados a determinados estándares, pueden ser exigidos, lo que responde al contrato social que una sociedad conviene democráticamente. El sistema de garantías incluye cuatro elementos o “subgarantías”: de acceso, calidad, protección financiera y reclamo (Gacitúa-Marió, Norton, y Georgieva 2009). De esta forma, junto a la definición inicial respecto de cuáles derechos deberán traducirse en servicios concretos, es necesario instalar mecanismos de reclamo, en un marco de equidad, transparencia y control ciudadano. Los mecanismos de reclamo no deben pensarse como instrumentos legales principalmente, sino como parte de los diseños político administrativos propios de los asuntos que se estima garantizar.

Si bien las garantías deben ser definidas nacionalmente, la recomendación de la OIT entrega guías claras sobre el nivel apropiado de beneficios: el nivel mínimo de seguridad de ingreso debe permitir una vida digna, entregarse a todos los residentes del país y ser suficiente para proveer de un acceso efectivo a un conjunto de bienes y servicios (OIT 2015). Se destaca la importancia de ir extendiendo la estrategia: el objetivo final de la iniciativa es construir sistemas de protección social comprensivos, pero la implementación puede ser gradual, en línea con los recursos y realidades nacionales. En este sentido los pisos son un mínimo y no un techo (Human Rights Council 2014).

### 1.2.1 Perspectiva del Ciclo de Vida



El PPS contempla un conjunto integrado de políticas sociales que incluye a las personas a lo largo del ciclo de vida (OIT 2011). Se asume que hay etapas en las que las desventajas son más significativas y que las necesidades de los distintos grupos etarios son cambiantes e implican transiciones que constituyen momentos críticos.

La vulnerabilidad se entiende como un estado de alta exposición a ciertos riesgos, combinada con una habilidad reducida para protegerse o defenderse de esos riesgos y de lidiar con sus consecuencias negativas. Los efectos de las desventajas dependen de la edad, de su duración y de su profundidad (Bonilla García y Gruat 2003).

En la primera infancia, la falta de recursos, carencias, cuidados y estímulos adecuados, puede tener efectos particularmente adversos, ya que el cerebro se desarrolla rápidamente durante estos años clave (Filgueira y Rossel 2017) work leaves and early childhood education and care (ECEC). Los riesgos se traducen en la posibilidad de sufrir retrasos biopsicosociales, como problemas de aprendizaje y bajo rendimiento escolar. Los efectos negativos de la pobreza y privación en esta etapa tienen ramificaciones que pueden permanecer de por vida y que pueden ser difíciles de contrarrestar en intervenciones tardías (Sanfilippo, Neubourg, y Martorano 2012; UNICEF 2014). La reflexión inversa es relevante para tomar decisiones de política: la flexibilidad neuronal de los tres primeros años de vida hace que las acciones adecuadas en este período sean cruciales para generar una malla de protección en los niños/as.

Es importante también tener en cuenta que entre los 9 y 14 años se da la segunda fase de desarrollo más importante en la vida de las personas (Balvin y Banati 2017). Por lo mismo, la inversión en la infancia y adolescencia trae retornos significativos de largo plazo para los países, al ser muchas veces capaz de romper la transmisión intergeneracional de la pobreza (OECD 2011; Sanfilippo et al. 2012).

Para ser más efectiva, la protección social y otras medidas orientadas a promover el desarrollo infantil debe alcanzar a los niños durante sus primeros 1.000 días, y la protección social debe orientarse a las condiciones del adulto responsable del cuidado del menor, así como al desarrollo del niño en términos del acceso a controles y cuidado de salud y estimulación (Saab 2013; United Nations

2018). Durante la infancia y adolescencia, los riesgos se trasladan a la falta de acumulación de capital humano, por lo que las políticas y programas deben enfocarse en el acceso y retención del sistema educativo. También aumentan riesgos asociados a la iniciación de la vida sexual y al consumo de sustancias (Saab 2013).

### 1.2.2 Relevancia de la Perspectiva de Género

El componente de género forma parte constitutiva de la idea de PPS para la infancia y adolescencia, tanto en términos conceptuales como prácticos. Por un lado, la tradicional responsabilidad de las tareas de cuidado infantil por parte de las mujeres, incide en forma directa en la capacidad que ellas tienen de tomar decisiones que les permitan ampliar su rango de oportunidades. Por otro lado, una perspectiva de género entiende que el diseño e implementación de programas de protección social puede afectar la inclusión social y los derechos de las mujeres, incluidas las niñas y las adolescentes. Los programas de seguridad social deben abordar los desbalances de poder y las múltiples formas de discriminación que experimentan las mujeres, y focalizarse en las necesidades específicas de las mujeres a través de sus vidas: adolescencia, adultez y vejez (ILO y UNICEF 2019).

Los sistemas de protección social que incluyen una perspectiva de género (gender sensitive) tienen el potencial de reducir las desigualdades en la división del cuidado y del trabajo doméstico, que es una de las raíces de las desigualdades de género en oportunidades y resultados (ILO y UNICEF 2019). El tema ha sido abordado al analizar las implicancias de género que subyacen a los programas de transferencias de ingreso en América Latina. Se comprueba que las transferencias son entregadas a las mujeres, lo que contribuye a su autonomía económica (Serrano 2005). Por otra parte, OIT y UNICEF han destacado el rol complementario de los beneficios sociales, tanto en la promoción de la igualdad de género, como en el fortalecimiento de los derechos de la niñez. Sin embargo, las mujeres son abordadas en cuanto madres y no en cuanto mujeres. Sin reconocerlo explícitamente, los programas cuentan con su capacidad para gestionar la sobrevivencia familiar y son deficientes en promover la participación económica de las mujeres (Martínez Franzoni y Voorend 2008). Se habla de una “tradicionalización” de los roles de género y de una “obstaculización” para eliminar las causas fundamentales de la desigualdad de género (Molyneux 2006).

La co-responsabilidad de los padres puede romper el ciclo de desigualdades de género que atrapa a las mujeres en trabajos informales, mal pagados y sin protección social. En general, invertir en cuidado infantil de buena calidad, educación preescolar con programas de alimentación, y beneficios adecuados de licencia para mujeres y hombres, aumenta la participación laboral femenina y mejora el desarrollo y el logro educacional de los NNA. De forma complementaria, y en el marco de los derechos humanos, los Estados deben asegurar que todas las mujeres, incluyendo las que trabajan en el sector informal, gocen de licencia maternal pagada por un periodo adecuado y promover el uso de las licencias de paternidad y parentales por parte de los hombres. En la práctica, es necesario contar con políticas públicas integrales de cuidado, que consideran recursos, servicios, regulaciones y tiempos para cuidar (CEPAL y UNICEF 2020).

### **1.3 Definiciones teórico-metodológicas para establecer PPS sensible a la infancia y adolescencia**

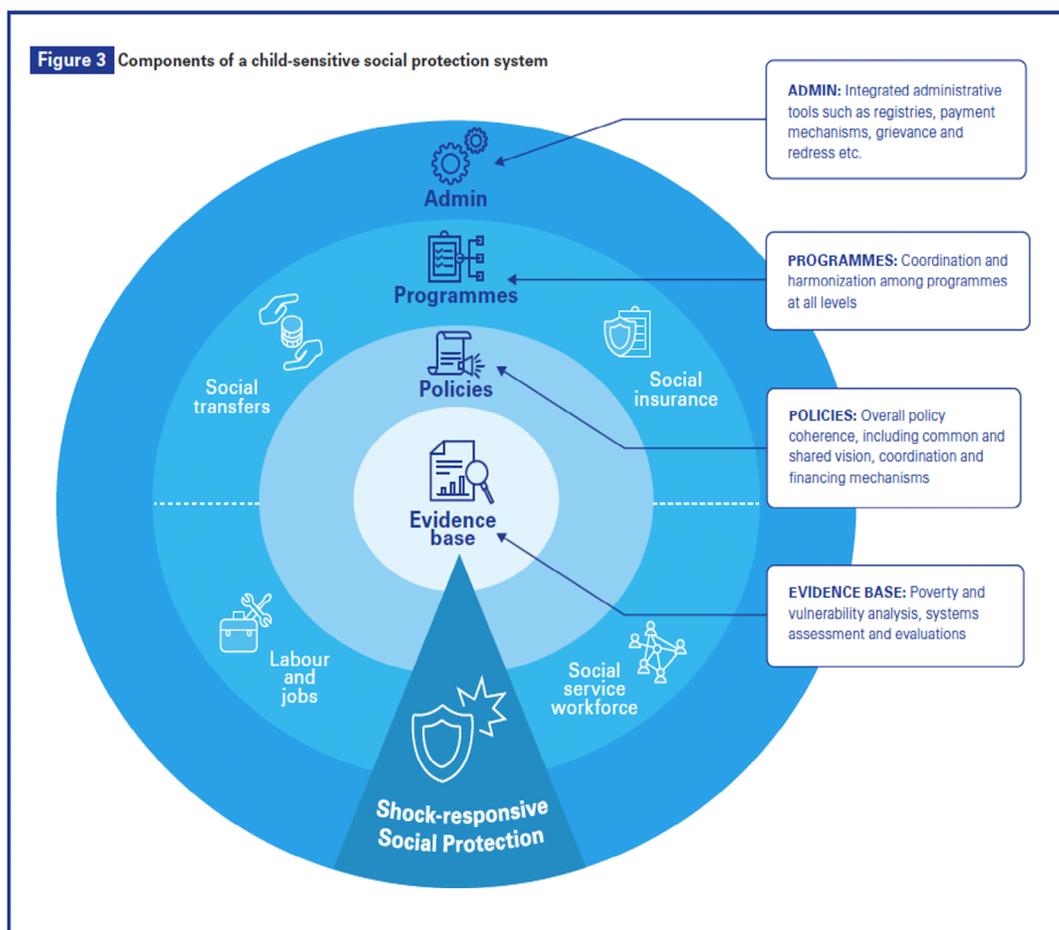
Cuatro principios guían la toma de decisiones y la implementación de medidas en el marco de un PPS sensible a los derechos de NNA (UNICEF 2019b).

- Interés superior del niño: los sistemas integrados de protección social se fundamentan y orientan en base a las necesidades de desarrollo y bienestar de niños/as y adolescentes.
- Implementación progresiva de cobertura universal: los sistemas integrados de protección social se comprometen a respetar, proteger y realizar el derecho a la protección social de todos los niños/as y adolescentes, partiendo por aquellos que se encuentran en situación de mayor desventaja y vulnerabilidad.
- Prioridad política y liderazgo: los sistemas integrados de protección social son parte del marco institucional, normativo y de política de los propios países con arreglos financieros suficientes que permitan su sostenibilidad.
- Inclusividad: los sistemas integrados de protección social consideran las dimensiones sociales de la vulnerabilidad, como el sexo, el origen cultural, la ubicación geográfica, entre otras, mostrándose sensibles a las características y necesidades de grupos específicos que, por diversos motivos, son los más vulnerables a situaciones de discriminación.

UNICEF propone una mirada sistémica e integrada que distingue tres componentes de un PPS: políticas, programas y administración, a lo que agrega un fundamento en evidencia (Figura 1) (UNICEF 2019c).

FIGURA 1.

### Componentes de un sistema de protección social sensible a la infancia y adolescencia según UNICEF



Fuente: UNICEF 2019.

#### Fundamento en evidencia

El fundamento en evidencia significa que los sistemas deben incluir una comprensión clara de la pobreza y vulnerabilidad infantil, así como de la efectividad de los programas sociales existentes y sus brechas en términos de áreas y cobertura.

### **Políticas, coordinación y financiamiento**

El nivel de la política es el nivel más alto de compromiso, donde se establece una visión común y se definen los objetivos y funciones del sistema en el contexto nacional específico. En este componente, aparece como central fundar la protección social en un marco legal e institucional sólido. Se incluye en esta dimensión la coordinación interministerial a nivel nacional y de entrega de servicios a nivel local y la rendición de cuentas por parte de las entidades que administran los diferentes programas. El financiamiento, por su parte, debe ser sustentable, contar con una administración de recursos de alta calidad y estar, de preferencia, incluido en el proceso político de aprobación del presupuesto nacional.

### **Programas**

Los programas pueden distinguirse según si se financian a partir de la contribución de individuos o empleadores (contributivos) o provenir directamente de impuestos en la forma de subsidios o compensaciones (no contributivos). La recomendación de la OIT establece que la extensión de las estrategias de seguridad social debe incluir a personas en la economía formal e informal y, a su vez, fomentar el aumento de la formalidad laboral (United Nations 2018).

Los programas pueden diferenciarse en cuatro:

- Transferencias sociales: pueden ser monetarias o en especies. Incluyen aquellas directamente enfocadas en niños y también pensiones, beneficios maternales o de desempleo.
- Seguros sociales: mecanismos orientados a enfrentar riesgos económicos a lo largo del ciclo de vida y prevenir que niños y familias caigan en la pobreza. Incluyen seguro de salud, desempleo y prevenciones frente a desastres (ILO y UNICEF 2019).
- Trabajo y empleo: incluye iniciativas de apoyo al empleo para asegurar un ingreso suficiente, principalmente en base a la provisión de cuidado infantil de calidad, licencias para el nacimiento, cuidado de niños pequeños o enfermos, beneficios financieros y exención de impuestos ligados al trabajo.
- Fuerza laboral de servicio social: se orienta a llegar adecuadamente a niños y familias, manejar sus necesidades y referirlos a los servicios sociales. Puede incluir trabajadores remunerados y también voluntarios a nivel comunitario (UNICEF 2019b).

### **Administración y entrega integrada de servicios**

Este componente se enfoca a desarrollar las herramientas que facilitan los procesos de los programas, siendo esencial que sean suficientemente flexibles y capaces de

responder a situaciones de crisis. Incluye registros, sistemas de manejo de información, mecanismos de entrega, de reclamo y de rectificación, recursos humanos y mecanismos de coordinación locales (UNICEF 2019b).

### **Definiciones conceptuales pertinentes a este estudio**

Para facilitar el análisis de la oferta pública de políticas, programas y prestaciones dirigidas a la infancia y adolescencia se utilizaron un conjunto de categorías propias de la nomenclatura de las políticas sociales que serán útiles para el estudio comparado y para el estudio de las políticas y programas dirigidos a la infancia y adolescencia en Chile.

- Programas universales/focalizados: se considera universales a aquellos programas que se dirigen a toda su población potencial. Por ejemplo, educación pública gratuita para todos los NNA a nivel preescolar y escolar. Programas focalizados, por su parte, son aquellos que distinguen atributos y características del segmento de la población al que aspiran cubrir e incluyen sistemas de medición y selección adecuados para lograr llegar a la población seleccionada.
- Programas contributivos/no contributivos: son contributivos aquellos programas o sistemas en que el financiamiento de los servicios se realiza con aportes de los beneficiarios o empleadores, o ambos, de manera parcial o total. Por su parte, los programas no contributivos corresponden a aquellos cuyos servicios se encuentran financiados íntegramente por el Estado.
- Prestaciones condicionadas/no condicionadas: prestaciones condicionadas con aquellas que se entregan a condición de que el beneficiario cumpla con algunos requisitos, por ejemplo, que los hijos asistan a la escuela o se controlen en el consultorio. Prestaciones no condicionadas se entregan sin que se requiera asumir compromisos por parte del destinatario.
- Población potencial: población que presenta una necesidad o problema público, identificado y definido como tal por un programa diseñado para abordarlo (DIPRES 2015).
- Población objetivo: parte de la población potencial que cumple con los criterios de focalización y que, por lo tanto, el programa planifica atender en el mediano y largo plazo (DIPRES 2015).
- Cobertura: relación entre la población efectivamente atendida (beneficiarios efectivos) y la población potencial (DIPRES 2015).

## 2. Experiencia Internacional Comparada

El análisis comparado examinó la experiencia en protección social para NNA en seis países: Dinamarca, Francia, Letonia, Reino Unido, Uruguay y República Checa. Ellos representan distintos regímenes de bienestar, distintas maneras de proveer pisos de protección social y diferente nivel de desarrollo. Todos los países seleccionados destacan por tener un alto porcentaje de gasto en protección social destinado a familias.

El estudio consistió en una revisión sistemática de información pública disponible de políticas, programas y medidas relevantes para la protección social de NNA en los ámbitos de salud, educación, alimentación, cuidado infantil y educación preescolar e ingresos. Se buscaron fuentes que respondieran a preguntas como ¿existe una estrategia nacional para la infancia y la adolescencia? ¿qué tipo de programas existen? ¿qué derechos cubren esos programas? ¿quiénes son sus beneficiarios? ¿quiénes son los encargados de su funcionamiento? ¿qué legislación existe para respaldar el cumplimiento y funcionamiento de los diferentes programas? ¿cómo se administra el presupuesto?<sup>2</sup>.

Esta revisión da cuenta de la variedad de aproximaciones que implementan los países para ofrecer protección social a NNA. Ciertos patrones se repiten, sobre todo las garantías de cobertura para cuidados esenciales –en algunos casos gratuitas– que comienzan a incluir también salud preventiva y salud mental, así como una cobertura de salud que se articula en torno a médicos de familia, los que operan como los puntos de entrada al sistema de salud.

El derecho a la alimentación y nutrición ha evolucionado desde ofrecer bienes, servicios y transferencias para evitar la subalimentación, a considerar otra forma de malnutrición que ha aumentado en prevalencia en los últimos años: el sobrepeso y la obesidad, que condicionan el bienestar en la adultez.

---

2. Algunas fuentes consideradas incluyen LegiFrance ([legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)), Haute conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge ([hcfefr.fr](http://hcfefr.fr)), Défenseur des droits ([defenseurdesdroits.fr](http://defenseurdesdroits.fr)), Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale ([cleiss.fr](http://cleiss.fr)), Børnerådet ([boerneraadet.dk](http://boerneraadet.dk)), retsinformation.dk/, [borger.dk](http://borger.dk)/, Ministerio de Niños y Educación de Dinamarca ([uvm.dk](http://uvm.dk)), Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay ([gub.uy/ministerio-desarrollo-social/](http://gub.uy/ministerio-desarrollo-social/)), INAU Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay ([inau.gub.uy/](http://inau.gub.uy/)), Assesalud Administración de servicios de salud del Estado ([asse.com.uy/home](http://asse.com.uy/home)), IMPO Centro de información oficial ([impo.com.uy/](http://impo.com.uy/)), Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de la República Checa ([mpsv.cz/web/cz](http://mpsv.cz/web/cz)), Library of Congress of USA ([loc.gov/](http://loc.gov/)).

Complementariamente, se amplió la búsqueda a sitios web de organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales. Estas incluyen, SIPI Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina ([siteal.iiep.unesco.org/eje/primera\\_infancia](http://siteal.iiep.unesco.org/eje/primera_infancia)), OECD ([oecd.org/](http://oecd.org/)), European Observatory on Health Systems and Policies ([euro.who.int/en/about-us/partners/observatory](http://euro.who.int/en/about-us/partners/observatory)), Eurochild ([eurochild.org/](http://eurochild.org/)), OPS Organización Panamericana de la Salud ([paho.org/hq/index.php?lang=es](http://paho.org/hq/index.php?lang=es)), OMS Organización Mundial de la Salud ([who.int/es](http://who.int/es)), Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina del alto comisionado ([ohchr.org/sp/Pages/Home.aspx](http://ohchr.org/sp/Pages/Home.aspx)).

Además de la salud, la educación aparece como un derecho fundamental asociado a la protección social de NNA garantizado en todos los países estudiados, incluyendo educación primaria y, en ciertos casos, secundaria. Se ha consolidado el acceso gratuito a la educación pública y esta, a su vez, transita hacia un modelo más inclusivo en relación con NNA inmigrantes y con discapacidades.

Si bien el cuidado infantil y la educación en la primera infancia tienden a establecerse en algunos países como garantía, muchas veces la cobertura no es suficiente. A diferencia de la educación primaria, existen diversas modalidades para ofrecer este servicio, incluyendo la compensación monetaria a padres que cuidan a hijos antes de la edad escolar obligatoria.

Se verá que distintos instrumentos sirven para garantizar la seguridad de ingresos, desde una perspectiva de ciclo de vida que vincula los beneficios al número de niños, sus edades y sus condiciones de salud, entre otras. En la mayoría de los casos, las transferencias asociadas a la protección social de NNA como, por ejemplo, subsidios a la maternidad, paternidad, cuidado y manutención, no constituyen ingresos tributables y en algunos casos se utilizan las exenciones tributarias y créditos tributarios como herramientas para transferir ingresos asociados a la protección social en infancia y adolescencia.

## 2.1 Panorama de Países Seleccionados

Para la selección de los países a incluir en el estudio comparado se usaron los siguientes criterios: países con igual o superior nivel de desarrollo de Chile, al menos a un país latinoamericano y en todos los casos presentar trayectorias importantes en materia de sistemas de protección y bienestar de NNA.

Según se observa en la Tabla 3, los países seleccionados tienen un PIB per cápita similar al de Chile (Letonia, Uruguay) un PIB p/c superior que se acerca al que se proyecta para Chile en unos diez años (República Checa) o son economías más avanzadas (Dinamarca, Francia y Reino Unido). Entre los países seleccionados, Chile tiene los índices de desigualdad más altos, sin embargo, la esperanza de vida y el coeficiente de dependencia infantil son similares. El Índice de Desarrollo de Género de Chile se ubica entre los más bajos entre los países seleccionados y, consistentemente, la tasa de ocupación de mujeres con hijos o hijas de 0 a 14 años en Chile es inferior a la de los países seleccionados con información disponible.

TABLA 3.

## Estadísticas relevantes países seleccionados

	CHILE	DINAMARCA	FRANCIA	LETONIA	REINO UNIDO	REPÚBLICA CHECA	URUGUAY
PIB per cápita (PPA)	25.222	55.671	45.342	30.304	45.973	39.743	23.572
Desigualdad (índice GINI)	46.6	28.2	32.7	34.2	33.2	25.9	39.5
Población total	18.729.160	5.797.446	66.987.244	1.926.542	66.488.991	10.625.695	3.449.299
Esperanza de vida al nacer (años)	79.9	81.0	82.5	74.7	81.2	79.5	77.6
Tasa de migración (por 1,000 personas)	6.0	2.6	0.6	-7.6	3.9	2.1	-0.9
*Coeficiente de dependencia infantil	28.1	25.6	28.7	26.1	27.8	24.6	31.5
**Índice de desarrollo de género (0-1)	0.961	0.98	0.987	1.03	0.96	0.986	1.014
Desempleo total	7.2	5.0	9.1	7.4	4.0	2.2	8.3
Tasa de ocupación mujeres con hijos o hijas de 0-14 años	54.9	82.0	72.2	70.1	67.1	61.6	.

Fuentes: Banco Mundial, World Development Indicators, United Nations Statistics, Human Development Index, OECD Statistics.

\*Coeficiente de dependencia infantil: proporción de personas menores de 16 años sobre la población en edad de trabajar (entre 16 y 64 años).

\*\*Índice de desarrollo de género: mide las desigualdades de género en tres aspectos importantes del desarrollo humano, a saber, la salud reproductiva, el empoderamiento, y la situación económica.

### 2.1.1 Regímenes de bienestar

Chile, Dinamarca, Francia, Letonia, Reino Unido, República Checa y Uruguay tienen diversos sistemas de protección social, los que responden a regímenes de bienestar diferentes. El régimen de bienestar se puede definir como el conjunto de instituciones (públicas y no públicas) proveedoras de servicios sociales, dirigidas a mejorar las condiciones de vida, a promocionar la igualdad de oportunidades de sus ciudadanos y a reducir las diferencias sociales ocasionadas por el funcionamiento del mercado. Estas disposiciones operan en el terreno de la distribución del ingreso mediante transferencias monetarias directas (pensiones, prestaciones por desempleo o asignaciones familiares) o indirectas (subsidio a productos de consumo básico) suministro de bienes (programas de complementación alimentaria) y prestación de servicios (educación y salud) (Crichigno 1992).

Esping-Andersen llevó a cabo uno de los intentos más influyentes para clasificar los regímenes de bienestar. Este autor clasifica los regímenes de acuerdo con la distribución de las responsabilidades sociales entre el Estado, el mercado y la familia, a través del análisis de los siguientes componentes: a) el impacto de las políticas sociales en la estratificación social, b) el grado de desmercantilización

(grado en que los individuos o las familias pueden mantener un nivel de vida socialmente aceptable independiente de la participación en el mercado) y c) el papel de la familia y de las obligaciones familiares, del mercado y del Estado en la provisión de asistencia social (Esping-Andersen 1990). En base a estos tres criterios surgen diferentes regímenes de bienestar, cada uno con objetivos diferentes, con diversas fuentes de solidaridad y con distintos niveles de protección social. La clasificación original de Esping-Andersen ha sido adaptada y complementada para incluir a países de Europa Central y del Este (Lauzadyte-Tutliene, Balezentis, y Goculenko 2018; McMenemy 2003) y de América Latina (Acosta 2013; Filgueira 1998; Martínez 2008; Orlando 2016; Rudra 2005; Sunkel 2006), entre otros.

Así, se distinguen los siguientes Estados o regímenes de bienestar:

- *El régimen liberal de bienestar* depende en gran medida del mercado y la familia. Este régimen minimiza el rol del Estado e individualiza los riesgos. Las políticas sociales son de carácter asistencial y requieren de la comprobación de los ingresos como indicador de necesidades. Las políticas sociales están orientadas a la pobreza extrema y su foco está puesto en las necesidades y no en los derechos de las personas. En este régimen destacan Reino Unido, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda.
- *El régimen socialdemócrata de bienestar* garantiza derechos sociales universales a través de la noción de ciudadanía. Se caracteriza por una orientación universalista e igualitarista, en donde existe una socialización global de los riesgos, con cobertura global. El objetivo es desmercantilizar el bienestar a fin de minimizar la dependencia del mercado. Son ejemplos Dinamarca, Suecia, Finlandia y Noruega.
- El régimen corporativo conservador de bienestar tiene un alto grado de familiarismo, es decir, las familias son las principales responsables del bienestar de sus miembros, con un papel marginal del mercado y un papel subsidiario del Estado. A diferencia del modelo liberal, que cubre las fallas del mercado, el Estado cubre las fallas de la familia, si bien en ambos casos prima la asistencia por sobre los derechos. El familiarismo se observa en el carácter central de la familia como dispensadora de cuidados y como responsable del bienestar de sus miembros. Destacan, entre otros, Alemania, Austria y Francia.
- *El régimen mediterráneo o de los países del sur de Europa* contempla una

intervención menor del Estado, bajos niveles de protección social y altos niveles de clientelismo<sup>3</sup>. La familia juega un rol central como nexo de la solidaridad entre el Estado y los individuos, con fuertes implicancias de género. Se incluyen en este régimen a algunos países del sur de Europa, como España, Grecia y Portugal. Los países de Europa Central han avanzado considerablemente en sus políticas de protección social y se acercan al modelo mediterráneo. República Checa, Hungría y Polonia, entre otros, pueden ser consideradas democracias ya establecidas, con medidas de bienestar generosas que reducen el rol del mercado y ponen al Estado por delante (McMenamin 2003).

- *Los países de Europa del Este* (Letonia, Bulgaria, Estonia, entre otros) no han sido objeto de un análisis con las mismas características que los demás países estudiados por Esping-Andersen y quienes siguieron su análisis. Estos países tienen mayores niveles de desigualdad entre diversos grupos poblacionales, con predominio del mercado informal, con un mercado formal rígido y discriminatorio y Estados con menores capacidades financieras para aplicar políticas sociales generosas. Por ejemplo, el gasto social como porcentaje del PIB es menor que en los países de Europa Central, y en ambos modelos este gasto es porcentualmente más bajo que en el resto de los países europeos (Lauzadyte-Tutliene et al. 2018).

Estas categorías de análisis son difíciles de aplicar en países latinoamericanos por la alta presencia de informalidad. Una gran proporción de la población no puede hacer frente a los riesgos sociales accediendo a los servicios del estado o pagando por los servicios disponibles en el mercado (Martínez 2008). En este marco, los países de la región pueden clasificarse en dos grupos: aquellos considerados como regímenes potenciales de bienestar, con un involucramiento estatal mayor y resultados de bienestar relativamente positivos, y aquellos calificados como sistemas informales de seguridad, donde las personas necesitan apoyarse fuertemente en la familia y la comunidad, y donde se observan resultados limitados en términos de bienestar. Chile se ubica, junto a Argentina, Costa Rica y Uruguay, entre aquellos regímenes potenciales de bienestar. Estos países, junto a Brasil, fueron pioneros en el rol activo del Estado en el desarrollo

3 El clientelismo se refiere a las relaciones personales entre un político y un individuo buscando un favor específico, también puede surgir de relaciones recíprocas entre políticos, partidos o élites políticas o categorías sociales que varían en tamaño y características (Gal 2010).

<https://bnn-news.com/latvian-minister-wants-more-responsibility-for-the-state-in-children-rights-protection-203212>

temprano de sus sistemas de seguridad social, lo que explica que actualmente presentan mayores niveles de cobertura en esta materia en la región (Marcel y Rivera 2008).

En esta misma línea y reconociendo el rol preponderante que juegan las familias en los regímenes de bienestar latinoamericanos, Sunkel los clasifica como familiaristas (Sunkel 2006). Sin embargo, varían significativamente entre sí, dependiendo de si las políticas públicas promueven predominantemente el acceso al mercado (regímenes productivistas) o si más bien protegen a las personas frente al mercado (regímenes proteccionistas) (Rudra 2005). Más recientemente, los países de la región están transitando desde un familiarismo implícito a uno explícito (o apoyado), en donde las políticas sociales motivan y necesitan a las familias para la provisión de protección social (Acosta 2013). La única excepción a este tipo de régimen sería Uruguay, donde las brechas de bienestar son estrechas (Orlando 2016).

### **2.1.2 Indicadores de Protección Social**

Conforme a estas categorizaciones de estados de bienestar, los países seleccionados articulan de manera diferente la priorización del gasto social y el rol de la familia en la protección social de NNA. Todos ofrecen permisos maternales pagados más largos que los paternales, estando los permisos ofrecidos en Chile entre los más altos de los países seleccionados. Chile destaca por tener un gasto en salud inferior al de algunos países seleccionados, con una alta proporción de gasto de bolsillo. El gasto en educación está en línea con el de otros países seleccionados, aunque el gasto en beneficios para familias (asignaciones familiares, prestaciones económicas por maternidad, paternidad y permiso parental, educación y cuidado en la primera infancia, asistencia domiciliaria y otras prestaciones) se ubica por debajo del de Dinamarca, Francia, Letonia, Reino Unido y República Checa. En general, los países analizados recurren de manera diferente a servicios, transferencias o exenciones tributarias para distribuir este gasto a las familias. Así, Dinamarca, Francia y Letonia priorizan la entrega de beneficios en servicios, mientras que Reino Unido y República Checa utilizan, en mayor medida, las transferencias directas. Francia y República Checa también recurren a las exenciones tributarias para distribuir el gasto público de beneficios a familias, Tabla 4.

TABLA 4.

## Indicadores de protección social en países seleccionados

29

	CHILE	DINAMARCA	FRANCIA	LETONIA	REINO UNIDO	REPÚBLICA CHECA	URUGUAY
Permiso maternal pagado (semanas)	30.0	27.0	19.0	53.0	12.0	53.0	.
Permiso paternal pagado (semanas)	1.0	1.1	5.6	1.1	0.4	0.0	.
Participación en guarderías (0-3 años, %)	.	70.0	49.0	28.0	29.0	5.0	.
Participación en guarderías (3 años - edad escolar, %)	.	96.0	94.0	82.0	73.0	81.0	.
Gasto total en salud, público+privado (% del PIB)	8.5	10.4	11.5	6.2	9.8	7.1	9.1
Gasto público en salud (% del PIB)	5.0	8.7	9.6	3.4	7.8	5.9	6.5
Gasto de bolsillo en salud (% de gasto en salud)	41.5	15.9	17.1	45.4	19.8	18.1	28.3
Gasto público en educación (% del PIB)	5.4	7.6	5.4	4.7	5.5	5.6	4.8
Gasto público en beneficios para familias (% del PIB)*	1.7	3.4	3.7	2.1	3.6	2.9	.
Gasto público en beneficios para familias, transferencias (% del PIB)	0.8	1.4	1.5	1.3	2.2	1.5	.
Gasto público en beneficios para familias (% del PIB)	0.9	2.1	1.4	0.9	1.2	0.5	.
Gasto público en beneficios para familias, exenciones tributarias (% del PIB)**	0.0	0.0	0.7	0.0	0.1	0.9	.

Fuentes: UNICEF (2019), World Development Indicators, OECD.Stat

\*Este indicador considera las asignaciones familiares, prestaciones económicas por maternidad, paternidad y permiso parental, educación y cuidado en la primera infancia, asistencia domiciliaria y otras prestaciones.

\*\* El apoyo público a las familias se puede "pagar" a través del sistema fiscal. Las exenciones tributarias para las familias comprenden, por ejemplo, deducciones fiscales por hijo a cargo, créditos fiscales para los progenitores que trabajan, o deducciones fiscales por gastos de servicios de salud, educación y cuidado de la primera infancia.

### 2.1.3 Resultados de bienestar

En términos de resultados de bienestar de NNA, medido a través de distintos indicadores, los países seleccionados difieren en el nivel de bienestar de sus NNA, como puede observarse en la Tabla 5. Francia y Dinamarca destacan por sus buenos resultados en salud y educación, a los que se suma en algunos indicadores el Reino Unido y República Checa.

Salvo Uruguay, todos los países tienen tasas de fertilidad adolescente y de mortalidad infantil inferiores a las de Chile. Muchos de estos países también tienen tasas de suicidio adolescente inferiores a las de Chile, así como menor prevalencia de sobrepeso y obesidad entre NNA. Chile destaca por sus relativamente bajos indicadores en materia educacional (por ejemplo, en rendimiento en lectura y matemáticas, y número de alumnos por profesor).

TABLA 5.  
Indicadores de bienestar de NNA en países seleccionados

	CHILE	DINAMARCA	FRANCIA	LETONIA	REINO UNIDO	REPÚBLICA CHECA	URUGUAY
Tasa de fertilidad adolescente (nacimientos por cada 1 000 mujeres 15-19 años)	41.1	4.1	4.7	16.2	13.4	12.0	58.7
Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por 1 000 niños)	7.0	3.0	4.0	7.0	4.0	3.0	9.0
Tasa de suicidio adolescente (10-19 años)	4.9	2.2	2.2	5.4	2.2	4.0	8.1
Tasa de mortalidad infantil (por 1 000 niños)	7.2	3.7	3.2	3.9	3.7	2.5	7.9
Menores de 15 años que no practican actividad física moderada fuera de la escuela (%)	8.0	4.0	8.8	3.9	7.4	3.3	.
Menores de 15 años que fuman al menos una vez a la semana (%)	.	4.1	7.4	5.8	2.8	6.3	.
Menores de 15 años que se han emborrachado al menos dos veces (%)	.	13.8	6.3	11.9	10.5	12.8	.
Sobrepeso en NNA	35.4	25.0	30.0	21.5	31.1	27.5	33.4
Rendimiento promedio en PISA-lectura	452	501	493	479	504	490	427
Brecha de género en lectura (hombres - mujeres)	-20	-30	-25	-33	-20	-33	-23
Rendimiento promedio en PISA-matemáticas	417	509	495	496	502	499	418
Brecha de género en matemáticas (hombres - mujeres)	7	4	7	7	12	3	8
Número de niños promedio por sala de clases (15 años)	35.0	21.4	30.5	22.6	24.9	24.1	27.4
Relación alumnos/profesor	18.9	12.4	10.6	9.8	14.2	12.3	10.7
Alumnos de 15 años que reportan sentirse tristes siempre (%)	7.9	3.2	4.8	7.9	8.7	6.6	7.4
Alumnos de 15 años que reportan haber sido acosados (bullying) al menos algunas veces al mes (%)	23.9	21.4	19.8	35.5	27	29.7	25.7

Fuentes: World Development Indicators, Humanium, OMS, OECD Statistics.

## 2.2 Estrategias y Marcos Normativos

En términos de las opciones de diseño institucional o marcos normativos de las políticas, programas y medidas dirigidas a NNA, los países estudiados han optado por dos alternativas. Algunos han preferido integrar las políticas y programas dirigidos a NNA en planes nacionales que involucran la participación y coordinación de una amplia gama de actores sociales, es el caso de Reino Unido, Letonia, República Checa y Dinamarca. En cambio, Francia y Uruguay han puesto en marcha estrategias nacionales de protección a la infancia y adolescencia.

Si bien la mayoría de los países cuentan con estrategias para jóvenes (a partir de los 16 o 18 años), con especial foco en la inserción laboral, son pocos los que han empezado a elaborar estrategias de infancia y adolescencia. Gran Bretaña y Letonia han manifestado

interés, pero hasta la fecha no tienen una política aprobada<sup>4</sup>. Si bien Dinamarca no cuenta con una estrategia, sí cuenta con los mecanismos de observación para promover mejoras en la política y garantía de los derechos de protección social de los NNA.

Francia y Uruguay, al contrario, tienen estrategias bastante comprehensivas, que adoptan una perspectiva de ciclo de vida para integrar los programas de protección social en infancia y adolescencia, identificar vacíos y orientar nuevas políticas y programas. Más fuertes son estas estrategias cuando están amparadas en un marco legal robusto y consistente: la **Estrategia Nacional de Prevención y Protección de la Infancia 2020-2022** de Francia cuenta con un amplio amparo legal, lo que favorece su implementación.

Un primer paso para avanzar en un diseño institucional más ambicioso de las políticas de infancia es el establecimiento de un Consejo para la Infancia. Dinamarca aún no tiene una estrategia de infancia, a pesar de recomendaciones de diversos organismos internacionales, pero al igual que los demás países estudiados, basa su política infantil en la Convención sobre los Derechos del Niño. Buscando mantener lo establecido en la Convención, se creó el **Consejo Nacional para la Infancia**, permanente desde 1997. El Consejo es independiente, aunque está relacionado administrativamente con el Ministerio de la Infancia, el de género e igualdad y el de integración y asuntos sociales<sup>5</sup>. Otra figura que regula y supervisa la aplicación de las políticas enfocadas a la infancia es el Comisionado (Ombudsman) del parlamento, que tiene una oficina especial para la niñez. El Consejo ha recomendado la reinstalación de un comité interministerial para la infancia, que fue suspendido en el 2001, y también recomienda la centralización de las políticas para la infancia<sup>6,7</sup>.

### **Francia: Estrategia Nacional de Prevención y Protección de la Infancia 2020-2022**

El 14 de octubre del 2019 se lanzó el Pacto por la infancia, la estrategia nacional para la protección y prevención de la infancia y adolescencia. Comenzó a funcionar en enero del

4 <https://bnn-news.com/latvian-minister-wants-more-responsibility-for-the-state-in-children-rights-protection-203212>

5 Foundation of a National Council for Children - legal framework 2012. Executive Order No. 1367 of 20th December 2012 (22th of December 2012). Ministry of Social Affairs and Integration. Børnerådet (Consejo de los niños). Recuperado de: <https://www.boerneraadet.dk/english/legal-basis>

6 The Danish National Council for Children. Supplementary NHRI Report to the Fifth Periodic Report of Denmark. København V., Dinamarca. 2016. Cita tomada de la página 5. Recuperado de: [https://www.boerneraadet.dk/media/225461/Supplementary-CRC-Report-by-the-National-Council-for-Children\\_2016.pdf](https://www.boerneraadet.dk/media/225461/Supplementary-CRC-Report-by-the-National-Council-for-Children_2016.pdf)

7 The Danish National Council for Children. Supplementary NHRI Report to the Fifth Periodic Report of Denmark. Páginas 7 y 8.

2020 y terminará su implementación en el 2022<sup>8</sup>. El plan establece cuatro compromisos con una serie de acciones detalladas en la Tabla 6.

TABLA 6.

### Estrategia Nacional de Prevención y Protección de la Infancia 2020-2022, Francia

COMPROMISOS			
Trabajar en la protección infantil para prevenir riesgos y dificultades en todas las etapas de la vida de los niños y niñas.	Asegurar un tránsito protegido de los niños y niñas y prevenir rupturas que puedan darse por cambios dentro del sistema.	Dar a los niños y niñas los medios para garantizar sus derechos.	Preparar su futuro y asegurar su vida como adultos.
ACCIONES			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta pre-natal obligatoria.</li> <li>• 100% de revisiones médicas de niños y niñas entre 3 y 4 años en el jardín infantil.</li> <li>• Duplicar el número de visitas a domicilio pre y post natales y reforzar las consultas infantiles entre 0 y 6 años.</li> <li>• Apoyar acciones de innovación centradas en protección materno infantil.</li> <li>• Desarrollar albergues familiares para situaciones particulares de vulnerabilidad.</li> <li>• Fortalecer los recursos de las unidades de recopilación e información, haciendo hincapié en la multidisciplinariedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistematizar la atención en salud de niños/as y adolescentes con su entrada en los dispositivos de protección.</li> <li>• Crear dispositivos de intervención adaptados a las problemáticas de protección de la infancia, adolescencia y discapacidad.</li> <li>• Crear un referencial nacional de control de lugares de acogida y protección de la infancia y adolescencia.</li> <li>• Adaptar el régimen de autorizaciones y definir las normas de referencia adaptadas a los lugares de acogida.</li> <li>• Diversificar los dispositivos de acompañamiento a las necesidades de los niños y adolescentes.</li> <li>• Desarrollar centros de padres y trabajar con las competencias parentales en protección de la infancia y adolescencia.</li> <li>• Movilizar a la sociedad civil en la protección de la infancia y adolescencia.</li> <li>• Asegurar y facilitar la adopción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar normativa de derechos para la protección de la infancia y adolescencia.</li> <li>• Asegurar que los niños y los adolescentes participen en la elaboración y toma de decisiones.</li> <li>• Hacer un álbum de vida para cada niño y garantizarle cuando sea adulto el acceso a su historia.</li> <li>• Garantizar el acceso a la escolaridad y el acompañamiento escolar.</li> <li>• Facilitar el regreso a la cotidianidad de los niños protegidos.</li> <li>• Reforzar las garantías procedimentales en los juicios de los niños.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movilizar la mezcla de herramientas y dispositivos para hacer que el acceso a vivienda de los jóvenes salientes sea una prioridad.</li> <li>• Garantizar a los jóvenes salientes, el acceso a la Ayuda Social para la Infancia, con dinero y vivienda estudiantil. Y favorecer el acceso a estudios superiores.</li> <li>• Favorecer la integración social y profesional de los menores que alcanzan los 18 años.</li> </ul>

Fuente: Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2019-2022 *Ministère des Solidarités et de la Santé*.

El Ministerio de la Solidaridad y la Salud es la entidad gubernamental a la cabeza del Pacto y lo resguarda la Secretaría de Estado. Estos ministerios hacen efectiva su participación a través de entidades como el Consejo Nacional de Protección a la Infancia (CNPE). En el plan también participan la Inspección General de Asuntos Sociales (IGAS), la Inspección General de la Educación (IGEN), la Inspección General de la Administración

8 Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2019-2022 (18 de octubre de 2019). Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/la-reforme-de-l-enfance-protégée/article/strategie-nationale-de-prevention-et-de-protection-de-l-enfance-2019-2022>.

de la Educación Nacional y la Investigación (IGAENR), y la Inspección General de Justicia (IGJ), entre otros.

El **Pacto para la Infancia** contará en el 2020 con 80 millones de euros. 50 millones serán parte del presupuesto del Estado y los 30 restantes se obtienen a través de la ley de seguridad social. Para el 2021 y 2022 se espera que aumente en presupuesto y así enfocar la implementación en las áreas relativas a la salud y los niños en situación de discapacidad. Se espera también la participación económica de otros ministerios, con la puesta en marcha de programas específicos y 20 millones de euros provenientes del Ministerio de la Solidaridad y la Salud como parte del **Programa de Salud Mental**.

#### **Uruguay: Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020.**

El **Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020** se estructura en torno a seis lineamientos estratégicos en consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>9</sup>:

1. Asegurar el desarrollo integral mediante la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;
2. Garantizar trayectorias educativas continuas para el desarrollo y la inclusión social;
3. Prevenir, detectar y atender los diferentes tipos de violencia;
4. Disminuir situaciones de especial vulnerabilidad, situación de calle, trabajo infantil, conflicto con la ley penal, institucionalización por falta de protección familiar;
5. Promover la participación, la circulación social y el acceso a bienes culturales y artísticos;
6. Garantizar el acceso a la justicia.

El Plan está estructurado en las tres etapas de la vida de los NNA y las acciones se agrupan según estas etapas, que se pueden observar en la Tabla 7.

<sup>9</sup> Ministerio de Desarrollo Social, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020. Montevideo, noviembre de 2016. Documento <http://www.inau.gub.uy/institucional/documentos-institucionales>

TABLA 7.

Acciones del Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020, Uruguay

<p><b>PRIMERA INFANCIA</b> (desde el nacimiento hasta los 5 años y 11 meses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poner en marcha el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)</li> <li>• Disminuir la mortalidad infantil, la prematuridad y el bajo peso al nacer.</li> <li>• Fortalecer las estrategias nacionales que apunten a la seguridad alimentaria, las pautas de crianza, el fortalecimiento de las capacidades parentales y familiares y el desarrollo infantil.</li> <li>• Universalizar progresivamente el acceso al nivel educativo de 3 años.</li> <li>• Ampliar y diversificar la oferta de servicios de cuidado para los 0, 1 y 2.</li> <li>• Universalizar la implementación del sistema de evaluación infantil temprana.</li> <li>• Avanzar en la implementación del marco curricular común para el tramo de 0 a 6 años.</li> <li>• Humanizar el parto institucional y reducir la tasa de cesárea.</li> <li>• Eliminar la transmisión vertical de sífilis y VIH.</li> <li>• Disminuir la prevalencia de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años y atenuar la severidad de las alteraciones diagnosticadas en ese grupo etario.</li> <li>• Disminuir las pautas de crianza basadas en la violencia hacia NNA.</li> <li>• Profundizar las acciones para la detección temprana, la atención y el seguimiento de las embarazadas y niños menores de 4 años en riesgo socio sanitario a nivel nacional.</li> <li>• Profundizar las acciones de acompañamiento familiar y fortalecimiento de las capacidades parentales en el hogar y en las instituciones, en los casos de los niños y niñas privados de cuidados familiares.</li> </ul>
<p><b>LA INFANCIA</b> (desde los 6 años hasta los 11 años y 11 meses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar el Sistema de Protección de Trayectorias Educativas.</li> <li>• Fomentar pautas de buena alimentación y actividad física.</li> <li>• Ampliar la extensión del tiempo pedagógico por medio de la ampliación y construcción de escuelas de tiempo extendido y tiempo completo.</li> <li>• Monitorear el proceso de mejoramiento curricular.</li> <li>• Consolidar el Sistema Nacional de Seguimiento de Alumnos (SENDA).</li> <li>• Colaborar con el contenido del programa educativo desde una perspectiva sanitaria con enfoque en la promoción en salud.</li> <li>• Promover, en el ámbito educativo, prácticas de promoción de la salud bucal y prevención de enfermedades relacionadas.</li> <li>• Promover, en el ámbito educativo, la incorporación de la promoción de la salud ocular.</li> <li>• Fortalecer las capacidades institucionales de INAU en relación con la prevención, detección temprana y atención oportuna de las situaciones de maltrato, abuso y explotación sexual y comercial.</li> <li>• Promover el diseño y la implementación de modelos de tratamiento y reparación ante las situaciones de maltrato, abuso y explotación sexual y comercial ya instaladas.</li> <li>• Mejorar la calidad de los sistemas de detección y actuación administrativa y técnica oportuna y eficaz, ante situaciones de maltrato generadas en las prácticas de intervención institucional.</li> <li>• Transformar el modelo de atención y protección a niños y niñas privados de cuidados parentales o familiares de forma transitoria o definitiva, modificando el sistema de atención residencial de 24 horas.</li> </ul>

- Para este momento de vida, las prioridades se centran en la inclusión educativa, los espacios de participación, el abordaje de los embarazos y las propuestas deportivas.
- Garantizar el acceso a la EMB, mediante el desarrollo de diferentes propuestas educativas adaptadas a las características y los intereses de la población a la que va dirigida, tomando al territorio como unidad de acción.
- Aumentar el ingreso y duplicar el número de egreso de estudiantes de EMS.
- Garantizar que todo adolescente de hasta 17 años esté integrado en una propuesta educativa, formal o no formal.
- Profundizar el trabajo intersectorial con el ámbito educativo<sup>10</sup>.
- Disminuir la incidencia del embarazo en la adolescencia y promover un acompañamiento adecuado de la maternidad-paternidad en adolescentes.
- Universalización del acceso a métodos anticonceptivos.
- Generar políticas de comunicación masiva e individual que promuevan el disfrute de la sexualidad.
- Promover la participación de los adolescentes en los distintos ámbitos por los que transitan y fortalecer las capacidades institucionales para tener en cuenta sus opiniones y propuestas.
- Fortalecer acciones que promuevan la autonomía y emancipación adolescente.
- Fortalecer la articulación entre la red de centros comunitarios de atención de tiempo parcial y el sistema educativo formal.
- Evaluar y reformular el Programa Áreas Pedagógicas.
- Promover el acceso de los adolescentes a los bienes culturales y espacios públicos.
- Promover la constitución, la utilización y el disfrute de espacios públicos y deportivos en la ciudad.

## 2.3 Protección social de NNA en los países seleccionados

La revisión que viene a continuación presenta las principales políticas, programas y medidas de protección social a la infancia y adolescencia en las dimensiones de salud, educación, alimentación, cuidado infantil y educación preescolar e ingresos en países con diferentes resultados en materia de desarrollo económico y bienestar, pero todos ellos con un claro compromiso en políticas de protección dirigidas a NNA. El caso de Chile se analiza en profundidad en el siguiente capítulo.

### 2.3.1 Salud

El artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud de todos los NNA.

Por su parte, el artículo 27 de la Convención sobre los Derechos del Niño reconoce el derecho de todo niño y niña a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. Promover un PPS para la infancia y adolescencia con un componente de salud forma parte la Agenda 2030, siendo fundamental para conseguir los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS), en

<sup>10</sup> Ley N° 18426 (septiembre del 2010). Ley sobre salud sexual y reproductiva. Centro de información oficial. Normativa y avisos legales del Uruguay. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

particular el ODS 3 que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Un PPS en salud garantiza acceso, al menos, a atención de salud esencial, asegurando, entre otras cosas, que las personas no padezcan enfermedades evitables (OIT 2011). Incluye estrategias variadas, como el acceso a atención primaria universal y la cobertura de tratamientos. Esta sección describe cómo los países estudiados están avanzando hacia una cobertura de salud universal y garantizada, en algunos casos gratuita, para NNA. Esta cobertura tiene un fuerte componente de prevención, la que está organizada a través de estrategias de salud con un foco especial en infancia y adolescencia.

El financiamiento para la protección en salud alcanza distintos niveles en los países seleccionados. Francia y Dinamarca destinan más del 10% de su PIB a salud, mientras que Chile, Uruguay y el Reino Unido destinan alrededor de 9%. En todos los países la mayor proporción de este financiamiento es gubernamental a través de seguros obligatorios, pero la proporción de financiamiento que procede del gasto de las familias es particularmente alta en Chile (3% del PIB) y Letonia (2.5%) (Tabla 8).

TABLA 8.

### Financiamiento de la Salud en Países seleccionados, 2018

	CHILE	DINAMARCA	FRANCIA	LETONIA	REINO UNIDO	REPÚBLICA CHECA	URUGUAY
Total (% PIB)	9.0	10.1	11.3	6.0	9.6	7.2	8.6*
Gobierno o seguros obligatorios	5.4	8.5	9.4	3.4	7.6	5.9	
Seguros voluntarios	0.6	0.2	0.8	0.1	0.5	0.2	
Gasto de bolsillo	3.0	1.4	1.1	2.5	1.5	1.1	1.5*

Fuentes: OECD.Stat, OPS

\* Datos de OPS y WDI para 2014-2016.

### Cobertura universal y garantizada con financiamiento contributivo y no contributivo

Los países incluidos en este estudio tienen, o están avanzando hacia, una cobertura universal garantizada para los residentes legales en el país. Las prestaciones se financian integrando un componente contributivo (seguro social) con un componente no contributivo (rentas generales) y, en algunos casos, son gratuitas para los NNA.

Por ejemplo, todos los residentes legales de los territorios franceses tienen derecho a una cobertura en salud. Para niños hasta los 16 años, la cobertura se da a través del seguro de salud de sus padres. Ese beneficio puede extenderse hasta los 20 años e incluso más, en algunos casos particulares, como niños sin padres, en situación de discapacidad, estudiantes, etc.<sup>11, 12</sup>. Las prestaciones del seguro de salud son entregadas por las Cajas Primarias del Seguro de Enfermedad (CPAM). El seguro universal de enfermedad garantiza la cobertura de los gastos sanitarios sin interrupción de derechos en caso de cambio de circunstancias (profesionales, familiares o de residencia) a toda persona que ejerza una actividad profesional o que resida de forma estable y regular en Francia por al menos 3 meses. Las personas que no trabajan también cuentan con una cobertura de sus gastos sanitarios (gastos médicos y paramédicos, medicamentos, aparatos y hospitalización) siempre y cuando puedan justificar una residencia estable y regular en Francia desde un plazo mínimo de 3 meses. En función de sus ingresos, dichas personas deberán o no abonar la cotización específica (Protección Universal de Enfermedad, PUMA).

En Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) es la estructura organizativa y funcional de una red de atención que abarca todos los servicios privados, públicos y sin fines de lucro. El **Fondo Nacional de Salud** (FONASA) es una parte central del modelo de financiación. Como fondo público obligatorio, se trata de un mecanismo tripartito mediante el cual los asegurados contribuyen en función de los ingresos, los empleadores contribuyen en proporción a los salarios pagados, y el fondo general del Estado los complementa, con el fin de llevar a la realidad los beneficios para toda la población prevista en el Plan de Atención Integral de la Salud (PIAS). Por último, la estrategia para la creación del SNIS hizo hincapié en avanzar gradualmente hacia una cobertura universal garantizada y sin restricciones.

El sistema de salud de Letonia se financia a través de impuestos y es una mezcla de proveedores públicos y privados. Los dos actores principales en el sistema de salud son el Ministerio de Salud, responsable del desarrollo de políticas nacionales

11 LOI n° 99-641 du 27 juillet 1999. JORF n°0172 du 28 juillet 1999 page 11229. Recuperado de: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392&categorieLien=id>

12 Code de la santé publique. Version consolidée au 1 janvier 2020. Recuperado de: [https://www.legifrance.gouv.fr/affich-Code.do;jsessionid=ECA75FE650A73A54F859DB4A7357FBC9.tplgfr38s\\_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200108](https://www.legifrance.gouv.fr/affich-Code.do;jsessionid=ECA75FE650A73A54F859DB4A7357FBC9.tplgfr38s_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200108)

de salud y el Servicio Nacional de Salud (NHS), que implementa políticas de salud y compras de servicios de salud financiados con fondos públicos. Los servicios de atención médica pagados por el Estado están regulados por la Ley de Financiación de la Atención Médica (*Veselības aprūpes finansēšanas likums*). Todos los servicios de atención médica, como visitas a médicos de familia, visitas a especialistas, estancias en hospitales y productos farmacéuticos, tienen costo compartido. La cobertura es relativamente limitada para los productos farmacéuticos ambulatorios, para los cuales los pacientes a menudo tienen que hacer pagos por una proporción sustancial de los costos. Sin embargo, existen mecanismos de protección que limitan los gastos totales a cargo de los usuarios y existen exenciones para grupos de población específicos (por ejemplo, niños y mujeres embarazadas) y hogares de bajos ingresos. Hay una desgravación fiscal en forma de deducciones impositivas por gastos en salud por parte del individuo o cualquier dependiente (niños, padres).

En Dinamarca, son las regiones y los municipios quienes se encargan de la prestación de servicios y de la prevención y promoción de salud. Por su parte, el gobierno nacional tiene a su cargo la regulación y supervisión del sistema. Este está financiado principalmente a través de impuestos, con subvenciones entregadas por el gobierno central. Los usuarios no deben pagar las prestaciones al momento de usarlas (*free at the point of use*). En 2017, los fondos del gobierno central cubrían más de  $\frac{3}{4}$  partes de los gastos del sistema (OECD European Observatory on Health Systems and Policies 2017). Todos los residentes en Dinamarca, incluidos inmigrantes, tienen derecho a prestaciones gratuitas del servicio de salud, aunque dependiendo de las regulaciones municipales, algunos servicios específicos deben ser pagados por los pacientes. Los niños tienen derecho a atención dental gratuita, médico de cabecera, tratamiento psicológico y sistema de enfermería infantil y escolar gratuitos.

El Servicio Nacional de Salud (NHS) en el Reino Unido se financia a través de impuestos generales y contribuciones a la seguridad social por parte de empleadores y particulares. Los sistemas de salud que forman parte del NHS reciben subvenciones del Tesorero del Gobierno del RU. La atención aguda y de emergencia recibe el 47% del presupuesto del NHS, sin embargo, la atención comunitaria, primaria y la salud mental representan el 10% (Wolfe et al. 2016). Todas las personas que residen en el Reino Unido tienen acceso a atención

sanitaria bajo NHS. El paciente debe pagar una parte de los costos de ciertos beneficios. Sin embargo, la atención médica se proporciona de forma gratuita a ciertas categorías de personas, entre ellas, a los niños. Aproximadamente el 13% de la población opta por pagar un seguro adicional del sector privado y luego utiliza proveedores de atención médica independientes. El seguro médico privado a menudo es financiado por empleadores como parte de un programa de beneficios para los empleados, y a veces proporciona cobertura para toda la familia. El alcance de la cobertura varía entre las aseguradoras y las primas. La mayoría de los niños utilizan el NHS financiado por el Estado para toda su atención médica (Wolfe et al. 2016).

El sistema de seguro de salud legal checo se basa en la cobertura universal y en un paquete básico de beneficios universales, proporcionado como beneficios en especie para todas las personas aseguradas<sup>13</sup>. El sistema se financia principalmente a través de contribuciones legales obligatorias de seguro de salud, basadas en los salarios, administradas por los fondos del seguro de salud. Otras fuentes de financiación son los impuestos y los pagos del propio bolsillo. La pertenencia a uno de los siete fondos de seguro de salud es obligatoria para todos los ciudadanos checos que residen en el país, así como para otros residentes permanentes en la República Checa. Los fondos de seguro de salud son organismos cuasi públicos autónomos que actúan como pagadores y compradores de atención médica.

---

13 La accesibilidad universal de la atención sanitaria está estipulada por la legislación, en particular la ley de seguros de salud pública (Zákon o ve-ejním zdravotním poji-t-ní 48/1997 sb).

## CUADRO RESUMEN

**Cobertura universal y garantizada con financiamiento contributivo y no contributivo integrado**

Los países están avanzando hacia una cobertura universal garantizada para los residentes legales del país. Las prestaciones se financian integrando un componente contributivo (seguro social) con un componente no contributivo (rentas generales) y, en algunos casos, son gratuitas para los NNA.

- En Francia y Uruguay el seguro de salud es único y universal; en función de sus ingresos, las personas abonan o no la cotización específica. El seguro de salud checo se basa en la cobertura universal y en un paquete básico de beneficios universales para todas las personas aseguradas.
- En Letonia existen mecanismos de protección que limitan los gastos totales de los usuarios más vulnerables.
- En Dinamarca, todos los residentes, incluidos los inmigrantes, tienen derecho a la prestación gratuita del servicio de salud. Dependiendo de las regulaciones municipales, algunos servicios deben ser pagados por los pacientes.
- En el Reino Unido, la atención médica se proporciona de forma gratuita a ciertas categorías de personas, entre ellas, a los niños.

**Prevención como inversión y eje de las garantías de salud**

Los exámenes preventivos son un eje de la política de protección social para NNA en los países estudiados. La prevención es vista como una inversión para facilitar el goce del bienestar en la infancia, adolescencia y adultez y porque permite reducir costos en el tratamiento de enfermedades que ya se han desarrollado.

Más del 90% de los niños en Dinamarca asisten a 3 exámenes de salud preventivos iniciales. A todos los padres se les ofrecen visitas de enfermeras del sistema de salud público dentro de la primera semana de la vida de su hijo. Más del 90% de los padres aceptan estas visitas, y se ofrecen más visitas dentro de los primeros 1-1.5 años. Las visitas al dentista son gratis hasta los 18 años. Las escuelas desempeñan un papel vital en la educación para la salud y otras medidas preventivas, como la educación sexual, la nutrición, la actividad física y los estilos de vida saludables.

La **Estrategia Nacional de Prevención y Protección de la Infancia** francesa considera en su plan de acción la cobertura de una consulta prenatal obligatoria,

la realización del 100% de los controles médicos de los niños entre 3 y 4 años en los jardines infantiles, duplicar el número de visitas a domicilio pre y post natales y reforzar las consultas infantiles entre los 0 y 6 años, además de apoyar las acciones de innovación centradas en la salud de los niños y la protección materno- infantil.

En Uruguay existe el programa de Atención primaria y promoción de la salud. Los participantes deben ser afiliados a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) derivados por convenios de complementariedad, beneficiarias/os de los Programas de Proximidad (**Uruguay Crece Contigo, Cercanías, Jóvenes en red**), hijas e hijos de funcionarios del Banco de Previsión Social (BPS) (solo atención odontológica) o funcionarias de BPS (solo PAP y colposcopia). Para los niños y adolescentes, las prestaciones otorgadas son: control de pediatría o médico general, educación y promoción de hábitos saludables y nutrición, asistencia odontológica preventiva clínica y quirúrgica, ortopedia odontológica (aparatoología móvil), inmunizaciones (en los centros de Cerro, Sayago y Pando), apoyo social y psicológico, y atención psicológica a hijos de víctimas de violencia doméstica.

La prevención puede comenzar desde antes del parto. En Reino Unido, a las mujeres embarazadas se les proporciona una matrona que supervisa su atención durante el embarazo y el período posnatal. El contacto con la matrona tiene por objeto garantizar que todas las mujeres reciban atención personalizada durante el embarazo y el trabajo de parto, y que puedan elegir dónde y cómo dar a luz. También garantizan que las mujeres que sufren problemas postnatales o contraen enfermedades durante el embarazo sean detectadas a tiempo y se les brinde el apoyo adecuado.

En República Checa, la prevención está en la base del sistema de salud infantil del país. Esta estrategia de prevención incluye exámenes pediátricos preventivos estandarizados (10 de ellos durante el primer año de vida), el seguimiento al desarrollo infantil, ayudar a las familias a resolver problemas sociales, promover la vacunación y la lactancia materna. Incluye también consultas con padres cuyos hijos o adolescentes son adictos al alcohol, las drogas, el tabaco o los juegos de azar. También es central la atención preventiva de las madres embarazadas y los servicios obstétricos, lo que ha dado lugar a una baja considerable en la mortalidad infantil y neonatal. Dada la importancia que ha puesto el país en la

prevención como base del sistema de salud infantil y adolescente, se ha creado dentro del Ministerio de Salud el Departamento de Cuidado Materno Infantil<sup>14</sup>.

#### CUADRO RESUMEN

### Prevención como inversión y eje de las garantías de salud

En los países estudiados, la prevención es considerada una inversión que permite reducir costos en el tratamiento de enfermedades que ya se han desarrollado y en el tratamiento de enfermedades que pueden desarrollarse en el futuro.

- En Dinamarca y Francia las escuelas o jardines infantiles desempeñan un papel vital en la realización de controles. En Francia estos **controles en instituciones educativas** son complementados con **controles que también se realizan a domicilio**.
- En Dinamarca, Francia, Reino Unido y República Checa se implementan otras medidas preventivas que incluyen, según el caso, **educación sexual**, promoción de la **actividad física y de la nutrición** y estilos de vida saludables.
- Uruguay ofrece a NNA **control de pediatría o médico general**, asistencia odontológica preventiva e inmunizaciones, entre otras acciones preventivas.

### Estrategias de salud para la infancia y adolescencia

Varios países tienen estrategias específicas para NNA, con un foco especial en la prevención en salud los primeros años de vida. El programa de salud infantil del Reino Unido es universal, comienza al nacer y termina cuando un adolescente deja la escuela. Este programa se centra particularmente en los primeros 100 días de vida e incluye pruebas de detección, inmunización, controles de salud y revisiones del progreso del desarrollo, así como apoyo para aspectos del bienestar y la crianza de los hijos, según sea necesario. Los profesionales de la salud a cargo son enfermeras o matronas con capacitación especializada para ayudar a las familias y los niños.

En el Reino Unido, la Ley de Salud y Atención Social de 2012 confiere autoridad a las autoridades locales para mejorar y hacerse cargo de la salud pública, por lo que muchas funciones de salud pública han sido transferidas desde el Instituto Nacional de Salud (NHS) a servicios locales. Cada autoridad local tiene un Director de Servicios para Niños, con responsabilidades específicas para los servicios proporcionados a nivel local, incluyendo la educación y el cuidado.

En Francia, hasta los seis años las consultas son obligatorias. Las realiza un grupo de varios especialistas con el fin de establecer si existe algún tipo de enfermedad o discapacidad, tanto física como mental, que requiera atención especial. Después de esa edad, son obligatorios los registros médicos y dentales a los nueve, doce y quince años<sup>15</sup>.

En Uruguay, el **Programa Nacional de Salud en la Niñez** garantiza el derecho a la salud de los niños<sup>16</sup>. Existe desde el 2001 y está a cargo del Ministerio de Salud Pública. Tiene como objetivo, “mejorar la salud de niños/as hasta los 14 años mediante la sistematización de intervenciones de control de la salud, con monitoreo del crecimiento y del desarrollo, elementos de promoción y prevención sistemáticos, y despistaje oportuno de situaciones patológicas, en el marco de un abordaje interdisciplinario”<sup>17</sup>. Para los niños mayores de dos años, el servicio de salud está asociado con la asistencia a centros educativos donde se hace revisión odontológica, ocular y actividades de educación en salud y psicología<sup>18</sup>.

En Letonia, si bien los gastos de las familias en salud son elevados en comparación con el resto de los países europeos, los niños menores de 2 años reciben un reembolso del 50% de los gastos en medicamentos y las mujeres embarazadas (hasta 42 días después del parto), el 25%<sup>19</sup>. También, en los términos de los contratos entre el NHS y los proveedores, se establece que los niños y las mujeres embarazadas son prioridad para la asignación de recursos.

El consejo municipal en Dinamarca ofrece a niños y adolescentes, de forma gratuita, orientación y asistencia médica, así como exámenes básicos de salud, servicio que se presta durante la etapa escolar obligatoria. El mismo beneficio aplica para los niños con necesidades educativas especiales, a quienes se les ofrece mayor asesoramiento y los exámenes que sean necesarios. A cargo del Consejo Municipal se realizan dos exámenes durante la edad escolar obligatoria;

15 *Code de la santé publique. Version consolidée au 1 janvier 2020.* Recuperado de : [https://www.legifrance.gouv.fr/affich-Code.do;jsessionid=ECA75FE650A73A54F859DB4A7357FBC9.tplgfr38s\\_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200108](https://www.legifrance.gouv.fr/affich-Code.do;jsessionid=ECA75FE650A73A54F859DB4A7357FBC9.tplgfr38s_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200108)

16 Uruguay. Programa nacional de salud de la niñez. *Sistema de información sobre la primera infancia en América Latina (SIPI)* Recuperado de <http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/politicas/233/programa-nacional-de-salud-de-la-ninez>

17 Hojas de Ruta. Uruguay. *Sistema de información sobre la primera infancia en América Latina (SIPI)*. Recuperado de: <http://www.publicaciones.siteal.iipe.unesco.org/hojas-de-ruta/51/uruguay>

18 *Ibid.*

19 Reforma del Reglamento N° 899 (sobre el reembolso de gastos por medicamentos y dispositivos medicinales) decretada en 2012.

a cargo del Consejo Regional se realizan otros 7 exámenes, 3 de los cuales ocurren durante el primer año de vida del niño<sup>20</sup>. Otro beneficio establecido por el Ministerio de Salud, señala que el Consejo Regional debe encargarse de proveer lentes a los niños menores de 16<sup>21</sup> años. En cuanto a los medicamentos, los menores de 18 años pueden reembolsar hasta el 60% cuando el costo total sea de hasta 1,625 coronas danesas<sup>22</sup>.

#### CUADRO RESUMEN

### Cobertura y garantía de acceso a la salud de los niños

- El programa de salud infantil del Reino Unido **comienza al nacer y termina cuando un adolescente deja la escuela**. Incluye exámenes, inmunización y controles de salud.
- En Francia, todos los niños tienen derecho a un seguro de salud que cubre **servicios médicos y dentales**.
- El Programa Nacional de Salud en la Niñez de Uruguay garantiza el derecho a la salud de los niños, **asociado a la asistencia a centros educativos** para niños mayores de dos años.
- En Letonia, los **niños y las mujeres embarazadas son prioridad** en la asignación de recursos.
- Niños menores de 2 años reciben un reembolso del 50% de los gastos en medicamentos y las mujeres embarazadas (hasta 42 días después del parto), el 25%.
- Dinamarca ofrece a los niños y adolescentes, de forma gratuita, **orientación y asistencia médica, así como exámenes básicos de salud y lentes ópticos**. Los menores de 18 años reciben un reembolso del 60% por medicamentos.

### Cobertura en el embarazo, primeros meses y lactancia

En Francia, las consultas pre y post natales son de cobertura universal. De ser necesario, se presta también atención domiciliaria a la mujer embarazada y/o a los niños menores de 6 años<sup>23</sup>. Dependiendo de la condición socioeconómica de la mujer, el servicio de salud pública podrá financiar el parto, exámenes médicos y medicinas requeridas.

20 Ley 12 86 del 2 de febrero del 2018. *Retsinformation.dk*. Ley de salud. Recuperada de: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=203757#id10a14a7a-25e7-4da3-af23-e81ed26e1ea9>

21 *Ibid.*

22 Le régime danois de sécurité sociale (salariés). Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale. France.

23 Partie législative. Deuxième partie: Santé sexuelle et reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte. *Code de la santé publique. Version consolidée au 1 janvier 2020*. Recuperado de: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=ECA75FE650A73A54F859DB4A7357FBC9.tplgr38s\\_2?cidTexte=LEGI-TEXT000006072665&dateTexte=20200108](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=ECA75FE650A73A54F859DB4A7357FBC9.tplgr38s_2?cidTexte=LEGI-TEXT000006072665&dateTexte=20200108)

En Uruguay existe el **Programa Aduana**, dirigido a los niños entre 0 y 2 años y que opera desde la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). El programa consiste en “el seguimiento de los lactantes hasta los 2 años, actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud, acciones de fomento de la lactancia y del vínculo madre e hijo/a, apoyo a las mamás adolescentes y aplicación de inmunizaciones<sup>24</sup>”. A su vez, incluye visitas domiciliarias en caso de ser necesarias por alguna circunstancia de la madre o el niño/a<sup>25</sup>. También para la primera infancia, existe el **Programa de Seguimiento al Recién Nacido de Alto Riesgo** (SERENAR). Se trata de un programa a cargo de ASSE, que opera desde 2006 y que busca la detección de alteraciones psico-sensoriales y el seguimiento del niño/a hasta los 6 años. El programa **Uruguay Crece Contigo**, por su parte, tiene por objetivo “el desarrollo de acciones universales y focalizadas que garanticen los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva de derechos, género y generaciones<sup>26</sup>.” Está a cargo del Ministerio de Desarrollo Social y la Oficina de planeamiento y presupuesto. Entre los beneficios entregados por el gobierno para la madre durante el embarazo y para el bebé recién nacido, se incluye: control del embarazo, control del recién nacido, control médico pediátrico, pases a especialistas, vacunas, asistencia odontológica y ortodoncia y asistencia social<sup>27</sup>.

En el Reino Unido hay una gran cantidad de medidas nacionales para ayudar a que niños/as y mujeres embarazadas estén saludables, entre las que destacan las visitas de matronas a las mujeres embarazadas para supervisar su atención durante el embarazo y el post parto, el examen físico para todos los recién nacidos a las 72 horas, así como pruebas de detección de fibrosis quística, hipotiroidismo congénito y afecciones metabólicas. Los bebés también tienen derecho a una prueba de audición y un examen físico a las 6 - 8 semanas.

24 Hojas de Ruta. Uruguay. *Sistema de información sobre la primera infancia en América Latina (SIPI)*. Recuperado de: <http://www.publicaciones.siteal.iipe.unesco.org/hojas-de-ruta/51/uruguay>

25 ASSE fortalece el programa aduana en todo el país. *Assesalud. Administración de servicios de salud del estado*. Recuperado en: <http://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-FORTALECE-PROGRAMA-ADUANA-EN-TODO-EL-PAIS-1618>

26 Página oficial del programa. Recuperado de: <http://crececontigo.opp.gub.uy/>

27 Asignación familiar (enero del 2020). BPS. *Instituto de Seguridad Social*. Recuperado de: <https://www.bps.gub.uy/5470/asignacion-familiar.html>

En algunos de los países estudiados se han adoptado estrictos lineamientos que buscan cuidar y promover el ejercicio de la lactancia materna, reconocida mundialmente como un elemento importante en el desarrollo de la salud infantil<sup>28</sup>. Eso incluye generar espacios para amamantar o extraer leche, así como lugares seguros para el almacenamiento de la leche. En Francia, por ejemplo, la ley del trabajo incluye un apartado que detalla cómo deben ser las condiciones que presta el empleador para que sea posible que una mujer amamante<sup>29</sup>. Es importante decir que, en lo que a legislaciones se refiere, el ejercicio de la lactancia está estrechamente relacionado con las licencias de maternidad y con la inclusión en los sistemas de salud, de educación, orientación y acompañamiento durante el embarazo, el parto y el post parto<sup>30</sup>.

#### CUADRO RESUMEN:

#### **Cobertura en el embarazo, primeros meses y lactancia**

- En Francia, las **consultas pre y post natales son de carácter obligatorio**. De ser necesario, se presta también **atención domiciliaria** a la mujer embarazada o/y a los niños menores de 6 años. El **parto, medicinas y exámenes son gratis para mujeres de escasos recursos económicos**. Al mismo tiempo, la legislación francesa, **promueve el ejercicio de la lactancia materna**.
- En Uruguay, el Programa Aduana da **seguimiento a los lactantes hasta los 2 años**. Para los niños de alto riesgo, existe el Programa **SERENAR**. El programa Uruguay Crece Contigo desarrolla acciones universales y focalizadas que dirigidos **a las mujeres embarazadas y menores de 4 años**.
- En el Reino Unido las mujeres embarazadas reciben **visitas de una matrona**; todos los recién nacidos reciben un **examen físico a las 72 horas** de nacidos y pruebas de **detección temprana de enfermedades**.

#### **Acceso a salud para NNA en situación de vulnerabilidad**

Las personas que no trabajan en Francia, al igual que sus hijos e hijas, cuentan con una cobertura de gastos sanitarios (gastos médicos y paramédicos,

28 WHO. 10 facts on breastfeeding. Recuperado de <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>

29 Code du travail. Version consolidée au 1 janvier 2020. Recuperado de <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050>

30 Yekaterina Chzhen, Anna Gromada and Gwyther Rees (2019). *Are the world's richest countries family-friendly? Policy in the OECD and EU*. UNICEF Office of Research, Florence. Recuperado de [https://unicef.hosting.augure.com/Augure\\_UNICEF/r/ContenuEnLigne/Download?id=64ABF183-66B7-4C00-91E6-4C20F2B508E8&filename=UNICEF%20FF%204G%20DP%20%281%29.pdf](https://unicef.hosting.augure.com/Augure_UNICEF/r/ContenuEnLigne/Download?id=64ABF183-66B7-4C00-91E6-4C20F2B508E8&filename=UNICEF%20FF%204G%20DP%20%281%29.pdf)

medicamentos, aparatos y hospitalización), siempre y cuando puedan justificar una residencia regular en Francia desde un plazo mínimo de 3 meses. En función de sus ingresos, dichas personas podrán o no abonar la cotización de 8% (PUMA).

En el Reino Unido, las familias vulnerables, definidas como aquellas que viven en condiciones de desventaja social o las familias que tienen un hijo con una discapacidad, son prioridad en el sistema de salud y desde un comienzo son derivadas por los visitantes de salud para recibir asistencia especializada. La figura del visitante de salud (*health visitor*) desempeña un papel clave en el trabajo con las familias y los niños más vulnerables. El **Programa de Asociación de Enfermeras de Familia** está diseñado para apoyar aún más a las madres jóvenes vulnerables, proporcionándoles una enfermera de familia que puede ayudarlas a prepararse para la maternidad y apoyarlas hasta que su hijo tenga 2 años. El Programa **Healthy Start** brinda apoyo a las familias vulnerables con bajos ingresos. Está diseñado para madres embarazadas y mujeres que no pueden comprar alimentos básicos, para quienes proporciona cupones todas las semanas para gastar en leche, frutas, verduras y fórmula infantil. También se entregan vitaminas gratis.

#### CUADRO RESUMEN

##### **Acceso a salud para NNA en situación de vulnerabilidad**

- **Las personas que no trabajan** en Francia cuentan con una cobertura de sus gastos sanitarios siempre y cuando puedan justificar una residencia en el país. En función de sus ingresos deberán o no abonar la cotización específica.
- En el Reino Unido, las familias vulnerables son derivadas por los **visitantes de salud** para recibir asistencia especializada según las necesidades. El Programa **Healthy Start** brinda apoyo a las **familias vulnerables con bajos ingresos**.

#### **Salud mental**

La infancia y la adolescencia son etapas críticas de la vida para la salud mental y el bienestar, ya que es en esta etapa de la vida cuando las personas desarrollan habilidades de autocontrol, interacción social y aprendizaje. Las experiencias negativas, ya sea en casa debido a conflictos familiares o en la escuela debido al acoso escolar, tienen un efecto perjudicial en el desarrollo de habilidades cognitivas y emocionales básicas.

Las iniciativas de los diferentes países para abordar el tema de la salud mental de los niños y jóvenes incluyen estrategias contra la exclusión, el abuso y la violencia; la formación de habilidades para la vida y el aprendizaje socioemocional en las escuelas; la prevención de las autolesiones y el suicidio; y la identificación y gestión temprana de problemas de salud mental.

En Dinamarca se firmó el **Acuerdo de Psiquiatría** que consiste en 9 iniciativas dirigidas a los niños, jóvenes y adultos con problemas de salud mental. Una de las iniciativas apunta, por ejemplo, a entregar herramientas para que la transición de niño a adulto, en particular la entrada al mundo del trabajo, se enfrente con herramientas socio emocionales que protejan de posibles problemas de salud mental. Otra medida es la posibilidad de acceder a ayuda gratuita de psicólogos en los municipios y en educación secundaria. El **Acuerdo de Psiquiatría** destinó fondos a lo largo de cuatro años para la prestación de tratamiento psicológico en los municipios y en educación secundaria, reduciendo así la necesidad de tratamiento psiquiátrico más adelante.

En el Reino Unido, los problemas de salud mental de los niños son manejados por los Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes (CAMHS, según sus siglas en inglés), los cuales incluyen psicólogos, psicoterapeutas, terapeutas familiares, enfermeras, trabajadores sociales y psiquiatras. Existe además el **Programa de Salud Mental** dirigido a niños y adolescentes que ha reforzado el apoyo psicológico y psiquiátrico en los centros comunitarios de salud del país. A partir de este Programa, los servicios de salud mental están disponibles en todos los hospitales públicos<sup>31</sup>.

En Letonia también se ha puesto énfasis en la prevención del *bullying* en las escuelas. Una iniciativa preventiva implementada a nivel nacional es la **Escuela Amistosa** coordinada cada año por el Inspector Estatal de la Protección de los Derechos de los Niños. El objetivo del programa es prevenir la violencia y promover la cooperación entre estudiantes, apoderados y profesores, con el objetivo último de proteger a los niños de situaciones que afectan su salud mental<sup>32</sup>.

31 *NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20 – 2023/24*. Recuperado de: <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/07/nhs-mental-health-implementation-plan-2019-20-2023-24.pdf>

32 Bērnu tiesību aizsardzības inspekcija, 'Aktualitātes', 2019. Recuperado de: [http://www.bti.gov.lv/lat/draudziga\\_skola/aktualitates/](http://www.bti.gov.lv/lat/draudziga_skola/aktualitates/)

En Francia, el **Pacto por la Infancia** se orienta a aumentar la oferta de atención psicológica a los NNA en las instituciones escolares. De igual forma, se enfatiza la necesidad de reforzar el acompañamiento y apoyo psicológico a los niños en posición de vulnerabilidad emocional, física y social<sup>33</sup>.

En República Checa, si bien no existe una estrategia política enfocada en la salud mental de los jóvenes o los niños, se está trabajando en su elaboración (**Plan de Acción de Salud Mental 2030**) y a la fecha existe un proceso integral de reforma en la atención psiquiátrica y psicológica con el objetivo de acercar estos servicios a las personas. En diciembre de 2019 el Ministerio de Salud anunció un nuevo programa de **Apoyo a la Salud Mental** dirigido a NNA. El objetivo es otorgar apoyo en problemas de salud mental, por medio de equipos multidisciplinarios y a través de servicios ambulantes y en terreno de salud, sociales y educativos. Esta iniciativa es financiada por el Fondo Social Europeo<sup>34</sup>.

#### CUADRO RESUMEN Salud mental

- En Dinamarca se firmó el **Acuerdo de Psiquiatría**, dirigido a los **niños, jóvenes y adultos con problemas de salud mental**. Existe también un programa de salud mental en la educación secundaria para **reducir la deserción escolar atribuida a problemas de salud mental**.
- En el Reino Unido, atienden la salud mental los **Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes**. Existe además el **Programa de Salud Mental** dirigido a niños y adolescentes.
- En Letonia se ha puesto énfasis en la **prevención del bullying en las escuelas** a través del programa Escuela Amistosa.
- En Francia se aumentará la presencia de **atención psicológica en los exámenes obligatorios** que se les hacen a los niños en las instituciones escolares.
- En República Checa, está en elaboración un **Plan de Acción de Salud Mental 2030** para NNA. A la fecha existe un **proceso integral de reforma en la atención psiquiátrica y psicológica** con el objetivo de acercar estos servicios a las personas.

33 Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. Garantir à chaque enfant les mêmes chances et les mêmes droits (octubre de 2019). *Pacte pour l'enfance, Ministère des Solidarités et de la Santé*, recuperado de [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_strategie\\_nationale\\_de\\_prevention\\_et\\_protection\\_de\\_l'enfance\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l'enfance_vf.pdf)

34 European Commission. Mental Health. Recuperado de: <https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/en/content/youthwiki/75-mental-health-czech-republic>

### **Los médicos de familia o de cabecera como puerta de acceso al sistema de salud**

En la mayoría de los países estudiados, los médicos de cabecera o de familia son la puerta de entrada al sistema de salud. En algunos casos, como en Letonia y República Checa, en el caso de los niños, el médico de cabecera puede ser reemplazado por un pediatra, y en el caso de las mujeres embarazadas, por un ginecólogo. Los médicos de familia son quienes hacen la referencia a los especialistas ambulatorios y servicios de hospitalización. Los seguros de salud, tanto públicos como privados, exigen, la mayoría de la veces, que el usuario se atienda primero con un médico de cabecera y que sea este quien haga la derivación, solo en ese caso, se puede acceder al reembolso.

En Dinamarca, el sistema de salud también opera con la figura del médico de cabecera o de familia como puerta de entrada. En dicho país, en el 20% de las consultas de los médicos de cabecera, el paciente es un niño, niña o adolescente. Además de las consultas y controles periódicos, los médicos de cabecera realizan actividades preventivas y exámenes de salud gratuitos para la población, a la edad de 5 semanas, 5 meses y anualmente hasta los 5 años.

### **Subsidios por enfermedad**

Además del seguro para costear las prestaciones de salud en caso de enfermedad, todos los países implementan subsidios para cubrir las pérdidas en ingresos que puede significar la ausencia laboral. Estas prestaciones no son universales y la cobertura suele estar sujeta al impuesto sobre la renta y a las contribuciones sociales, pero considera beneficios específicos en el caso que el adulto tenga niños, niñas y/o adolescentes dependientes.

En Francia, en caso de incapacidad laboral, el médico debe otorgar la licencia. El importe del subsidio diario equivale al 50% del salario diario básico. A partir del 31º día de licencia, cuando el trabajador tiene 3 hijos a cargo, el subsidio se incrementa hasta el 66% del salario diario básico. El número máximo de subsidios en el período de 3 años se fija en 360 subsidios diarios.

En República Checa, el empleador entrega al empleado enfermo un subsidio los primeros 30 días de la licencia médica. Luego de ese período, corresponde a la municipalidad pagar el subsidio. Para obtener este beneficio, el empleado debe haber trabajado al menos 74 horas en las últimas 8 semanas y para que el

municipio continúe con el pago, se exige al trabajador haber trabajado al menos 240 horas los últimos 6 meses.

Existen también subsidios contributivos para los trabajadores cuando tienen algún hijo o hija enferma y deben ausentarse del trabajo, los que analizaremos con mayor profundidad en relación con los beneficios por maternidad.

#### CUADRO RESUMEN

### Subsidios por enfermedad

Además del seguro para costear las prestaciones de salud en caso de enfermedad, todos los países implementan subsidios para cubrir a trabajadores por las pérdidas en ingresos que puede significar dejar de trabajar por una enfermedad o invalidez. En algunos países el monto de estas prestaciones no contributivas está asociado al número de hijos.

### 2.3.2 Alimentación y nutrición

El derecho a la alimentación adecuada está ampliamente consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño, cuando afirma que todos los niños y niñas tienen derecho a un pleno desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social (artículo 27) y que los Estados deben asegurar combatir la malnutrición en el marco de la atención primaria de salud, así como asegurar que todos los sectores de la sociedad conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños (artículo 24).

Para garantizar el derecho a la nutrición de NNA, en décadas pasadas los países estudiados enfocaron sus esfuerzos en la provisión de alimento en las escuelas como política de Estado, asegurando que los niños reciban una o dos comidas al día en las escuelas. En Uruguay existe el **Sistema Nacional de Comedores**, al que tienen acceso las personas en situaciones de desventaja y vulnerabilidad (desempleados, personas con discapacidad, adultos mayores pobres y todas las madres, niños y adolescentes). En el programa se incluye el llevar el alimento hasta el domicilio de personas con dificultades de traslado, por ejemplo, embarazadas o menores preescolares<sup>35</sup>.

35 Sistema nacional de comedores. *Guía de recursos*. Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de: <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/v/30486/1/innova.front/sistema-nacional-de-comedores>

Si bien estas políticas de acceso a los alimentos siguen existiendo, hoy las políticas de alimentación se enfocan en la salubridad y calidad de los alimentos que ingieren los niños, debido al aumento sostenido de la obesidad infantil. En Dinamarca, el Ministerio de Alimentación, Agricultura y Pesca, lanzó el programa *Sund skolemad med smag smil og samvaer*, **Comida escolar saludable con sabor y una sonrisa**, para mejorar la calidad de la alimentación de instituciones escolares públicas y promover la actividad física entre los niños<sup>36</sup>. Otro programa relacionado con la alimentación es **1.000 días**, que entre sus acciones tiene la de educar a los padres en hábitos saludables de alimentación y buenas rutinas para comer en casa<sup>37</sup>.

El **Plan Nacional de la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020** de Uruguay establece como ejes de acción el fomento de pautas de buena alimentación y actividad física para evitar el sobrepeso y la obesidad en los niños. Las acciones que se busca emprender tienen respaldo en la Ley 140 del 2013, referente a la protección de la salud de la población infantil y adolescente a través de la promoción de hábitos alimenticios saludables<sup>38</sup>.

En Francia, la legislación ampara las políticas y programas para la prevención de la obesidad infantil y el fomento de los hábitos saludables. El código de educación francés tiene una sección dedicada a la educación en alimentación<sup>39</sup>. El artículo respectivo indica que el objetivo principal es entregar orientación enfocada a la nutrición y la salud, y evitar el desperdicio alimenticio en los establecimientos educativos. El código de salud, por su parte, afirma que el sistema de salud ayudará a diagnosticar y tratar las enfermedades relacionadas con la prevención

36 European Commission. *School Food Policy Country Factsheets. Denmark*. Recuperado de: [https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/jrc-school-food-policy-factsheet-denmark\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/jrc-school-food-policy-factsheet-denmark_en.pdf)

37 Ministry for Economic Affairs and the Interior. *Denmark's National Reform Programme 2019*. Dinamarca. Marzo del 2019. Información en la página 44. Recuperado de: <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2019-european-semester-national-reform-programme-denmark-en.pdf>

38 Ley No.19140 (octubre del 2013). Protección de la salud de la población infantil y adolescente a través de la promoción de hábitos alimenticios saludables. *Centro de información oficial. Normativa y avisos legales del Uruguay*. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19140-2013>

39 Section 9 bis : L'éducation à l'alimentation (Article L312-17-3). *Code de l'éducation*. Recuperado de: <https://beta.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000029581541/2020-01-28>

de la obesidad y el sobrepeso<sup>40</sup>. Por último, es tarea de los Ministerios de Salud y de Agricultura la prohibición de bebidas y alimentos que se consideren portadores de edulcorantes sintéticos o azúcares añadidos.

Para poner en práctica la normativa, existen el **Programa Nacional de Nutrición y Salud** y el **Programa Nacional para la Alimentación**. El primero forma parte del Ministerio de Solidaridad y Salud, y el segundo del Ministerio de Agricultura y Alimentación.

En República Checa, existen diversas estrategias nacionales, así como también programas específicos, que apuntan a la promoción de hábitos y nutrición saludables. Algunas están dirigidas a la población general y otras específicamente a niños o jóvenes (Ver Cuadro 1).

---

40 Déplier Livre II bis : Lutte contre les troubles du comportement alimentaire. (Articles L3231-1 A à L3232-9). *Code de la santé publique*. Recuperado de: [https://beta.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISC-TA000020887667/2018-11-02/#LEGISCTA000020889778](https://beta.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISC-TA000020887667/2018-11-02/#LEGISCTA000020889778)

## CUADRO 1

**Prevención de la obesidad infantil en República Checa.**

La Estrategia Nacional para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades o “Salud 2020”, es una estrategia interministerial coordinada por el Ministerio de Salud.

Enfocado exclusivamente en los hábitos alimenticios y la prevención de obesidad, existe el Plan de Acción Nacional para una Nutrición Adecuada y Hábitos de Alimentación de la Población para el período 2015-2020.

Este plan de acción consta de tres sub planes:

1. Nutrición apropiada y hábitos de alimentación
2. Prevención de la obesidad
3. Seguridad de los alimentos

Entre las diversas iniciativas gubernamentales que apuntan a la promoción de estilos de vida y nutrición saludables entre NNA, destacan:

1. Decreto del Ministerio de Educación, Juventud y Deportes No282/2016 Sb. Se establecen los requisitos de los alimentos que pueden ser vendidos en las escuelas, así como también la publicidad de los alimentos.
2. Escuelas para la Salud. El Instituto Nacional de Salud Pública puso en marcha una red nacional de escuelas en las que no solo se enseña sobre salud y hábitos saludables, sino que además se busca transformar la vida escolar en una saludable.
3. Ciudades saludables. Iniciativa de la OMS, promueve la prevención y promoción de la salud en el espacio público, en todos los ámbitos.
  - El Centro de Promoción de la Salud, que es parte del Instituto Nacional de Salud Pública, a cargo de actividades que apuntan a la prevención de la obesidad infantil,.
  - Programas para grupos de niños desfavorecidos y localidades socialmente excluidas que apoyan los hábitos alimenticios saludables de los jóvenes romaníes.
  - Proyecto Casino Escuela Saludable. Proporciona consejos, recetas y guías para una nutrición saludable en los comedores escolares.
  - Campaña “La vida es dulce sin azúcar añadida”.
  - Materiales y afiches de promoción de la salud para jóvenes en la vía pública.
4. Frutas y verduras en las escuelas. Programa de la Unión Europea implementado en el país desde el 2009. El objetivo principal es luchar contra la obesidad infantil. 3.863 escuelas participan del programa. El Ministerio de Agricultura y el Ministerio de Educación, Juventud y Deportes coordinan el proyecto.
5. Educación para la salud y educación en estilos de vida saludables en las escuelas como parte del currículum estatal de enseñanza.

Fuente: European Commission. Healthy lifestyles and healthy nutrition. Recuperado de: <https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/en/content/youthwiki/74-healthy-lifestyles-and-healthy-nutrition-czech-republic>

### 2.3.3 Educación

El derecho a la educación se reconoce como un derecho humano fundamental, que permite a las personas adquirir conocimientos y alcanzar así una vida plena. A su vez, el derecho a la educación es vital para el desarrollo económico, social y cultural de todas las sociedades.

La Convención sobre los Derechos del Niño no solo consagra el derecho a la educación, sino que además compromete a los Estados a fomentar la asistencia regular y evitar la deserción escolar. Asimismo, en su artículo 28, establece la importancia de que “la disciplina escolar se administre de modo compatible con la dignidad humana del niño”. Esto no se refiere exclusivamente a materias de infraestructura, mobiliario, personal docente, sino también a las condiciones de clima escolar saludable y respetuoso que permita el máximo desarrollo de cada niño, niña y adolescente en el ámbito escolar.

#### **Cobertura de los sistemas de educación**

En todos los países estudiados, la educación primaria es obligatoria y cuando es pública es gratuita<sup>41</sup>. En Francia, es de carácter obligatorio y gratuito entre los 3 y los 16 años para todo niño nacional o extranjero residente en el país<sup>42</sup>. Para cumplir con este mandato de obligatoriedad, los padres pueden escoger entre establecimientos públicos, privados o la modalidad de educación en casa<sup>43</sup>. A partir del 2020, será obligación para los jóvenes entre los 16 y los 18 años participar de alguna actividad educativa<sup>44</sup>. Para asegurar que la obligatoriedad a la asistencia a los establecimientos escolares se lleve a cabo, los países estudiados han implementado diferentes mecanismos asociados a las causas de la deserción escolar como por ejemplo eliminar la repitencia y el bajo desempeño escolar, mejorar el clima escolar, acciones en poblaciones vulnerables, incentivos económicos asociados al cumplimiento de planes de formación de adolescentes, entre otros (Ver Cuadro 2).

41 <https://www.humanium.org/es/derecho-educacion/>

42 *Code de l'éducation. Version consolidée au 1 janvier 2020*. Recuperado de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191>

43 *Instruction obligatoire (31 de julio del 2019)*. *Service-public.fr, Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)*. Recuperado de: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1898>

44 *Instruction obligatoire (31 de julio del 2019)*. *Service-public.fr, Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)* Recuperado de: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1898>

En el Reino Unido, los esquemas de financiamiento de escuelas, incluidas guarderías y unidades de derivación de alumnos, son establecidos por la autoridad local y revisados y aprobados por el Secretario de Estado. Los esquemas deben incluir programas que permitan lograr eficiencia y una buena relación precio - calidad<sup>45</sup>. Todos los niños entre 5 y 16 años tienen derecho a estudiar gratis en una escuela estatal, que recibe fondos a través de la autoridad local o de forma directa del gobierno. Las escuelas gratuitas son financiadas por el gobierno y no se rigen bajo la administración de la autoridad local. Se ejercen sin fines de lucro y pueden ser creadas por organizaciones benéficas, universidades, grupos comunitarios o religiosos, profesores, entre otros. Las escuelas privadas o independientes no son financiadas por el gobierno, sino que cobran sus propias tarifas, pero deben estar registradas ante el gobierno<sup>46</sup>.

La Ley de Educación checa requiere que el municipio garantice un lugar en una guardería para un niño con residencia permanente en el municipio a partir de los 3 años. A partir de los 5 años, la educación es obligatoria durante 9 años. La educación pública primaria y secundaria es gratuita.

Cualquier niño que haya residido más de 6 meses en Dinamarca tiene derecho, a partir de los 6 años, a recibir educación gratuita en la escuela primaria y secundaria<sup>47</sup>. La educación se considera obligatoria y es gratuita en instituciones públicas hasta el 9º grado, incluyendo a los estudiantes que requieran educación especial. El sistema está a cargo del Consejo municipal<sup>48</sup>. Para cumplir con los programas relacionados con la educación, la municipalidad obtiene el dinero principalmente de impuestos y de la subvención del gobierno central<sup>49</sup>.

---

45 Gov.UK. (2019). *Schemes for financing local authority maintained schools*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/government/publications/schemes-for-financing-schools/schemes-for-financing-local-authority-maintained-schools>

46 Gov.UK. (s.f). *Types of school*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/types-of-school>

47 Derechos por edad. Børneportalen (Portal de los niños del Consejo de los niños).

48 Ley 1510 del 14 de diciembre del 2017. *Retsinformation.dk*. Anuncio de ley sobre la escuela primaria. Recuperada de: <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=196651>

49 The Ministry for Children and Social Affairs in consultation with the Ministry of Education. *Country Background Report Denmark Transitions from ECEC to school*. Copenhagen. 2017. Recuperado de: <http://www.oecd.org/education/school/SS5-country-background-report-denmark.pdf>

En Letonia, la educación primaria es obligatoria a partir de los 7 años y consiste en nueve años de escolaridad. Las municipalidades son las responsables de asegurar el acceso a educación prebásica y básica de sus residentes. Las escuelas municipales se financian con presupuestos locales (para mantenimiento) y con financiamiento estatal (salario profesores).

Desde el año 2008, la educación en Uruguay es vista como un derecho humano fundamental según la Ley No.18.437<sup>50</sup>. Esta ley reconoce a la educación como un bien público y social al que tiene acceso todo individuo sin discriminación. Los principios de la educación pública estatal serán la gratuidad, la laicidad y la igualdad de oportunidades.

#### CUADRO 2

#### **Mecanismos de retención escolar<sup>51</sup>**

Los países estudiados aplican diversos mecanismos para reducir la deserción escolar y así asegurar que más NNA continúen y terminen los distintos ciclos escolares. Estos mecanismos suelen estar asociados a las causales de deserción incluyendo, entre otros, eliminar la repitencia y el bajo desempeño escolar, mejorar el clima escolar, promover la detección temprana, acción en poblaciones vulnerables, incentivos económicos asociados al cumplimiento de planes de formación de adolescentes, medidas coercitivas a la familia y el alumno y colaboración entre docentes y escuelas para compartir buenas prácticas.

50 Ley N° 18.437 de 12/12/008. Ley de Educación. IMPO. Centro de información oficial. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/educacion/>

51 The Cost of Trade Retention, Discussion Paper No 878. Recuperado de: 7. [http://eprints.lse.ac.uk/19563/1/The\\_Cost\\_of\\_Grade\\_Retention.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/19563/1/The_Cost_of_Grade_Retention.pdf)

La estrategia de la Unión Europea para el crecimiento y la ocupación. Recuperado de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM%3Aem0028>

Prévention du décrochage scolaire. Recuperado de: <https://eduscol.education.fr/cid55119/prevention-du-decrochage-scolaire.html>

Être utile contre les inégalités. Recuperado de: <http://afev.org/presentation/presentation-generale/>

Accompagnement pour enfants différents. Recuperado de <https://www.numero1-scolarité.com/echec-scolaire-et-difficultes-scolaires-origines-definition-et-solutions/>

En Francia, desde el 2015, se han desarrollado múltiples iniciativas para evitar el bajo desempeño escolar, el que ha sido asociado con la deserción. Dichas iniciativas abarcan la semana de la perseverancia escolar (donde docentes se reúnen una vez al año a discutir mejores prácticas), programas de detección temprana (como Motivaction y el LYCAM), compartir iniciativas de trabajo conjunto entre docentes y personal escolar través del proyecto europeo TITA (Team Cooperation to Fight Early School Leaving: Training, Innovation, Tools and Action), alianzas educativas, y la asociación Energie jeunes enfocada en implementar programas de motivación para los estudiantes. También hay algunas iniciativas privadas, como AFEV (Association de la Fondation Étudiante pour la Ville), cuyo objetivo es apoyar a zonas deprimidas en las ciudades, a través del voluntario de jóvenes, en aras de mantener la vinculación educativa, principalmente durante la etapa universitaria. O las que buscan apoyar a estudiantes y familias especialmente vulnerables a la deserción escolar, como la liderada por Numéro 1 Scolarité.

En Dinamarca, la Ley de orientación, prevé que los adolescentes entre los 15 y 17 años establezcan un plan de estudios o formación. De acuerdo con la legislación, el adolescente debe informar a un consejero sobre sus preferencias y actividades a seguir. El cumplimiento del plan determinará que el consejo municipal autorice el subsidio establecido según la ley de beneficios para niños y jóvenes.

En el Reino Unido, la educación es obligatoria entre los 5 y los 16 años. Con el fin de evitar la baja asistencia a clases, las autoridades locales (de policía y escolares) tiene autoridad para requerir a los padres a través de contratos con padres (en donde padres y autoridades locales o escolares firman compromisos asociados con la educación de sus hijos), ordenar a los padres, vía tribunal que asistan a sesiones de apoyo y consejería, al igual que órdenes de asistencia escolar impuestas por las autoridades locales.

### **Inclusión de inmigrantes**

En Dinamarca, en 2016 se comenzaron a implementar centros educativos especiales que pueden ser creados por los municipios. Se trata de propuestas que funcionan fuera de la ley de educación para la escuela primaria y están dirigidas especialmente a niños y jóvenes migrantes que necesitan un periodo de adaptación al lenguaje y la sociedad a través de una educación bilingüe. Son financiadas por los municipios y son gratis para los niños. *“El propósito de la referencia a las ofertas especiales es que los estudiantes obtengan las competencias personales, sociales y profesionales requeridas para que puedan formar parte del área general de la escuela primaria, una educación secundaria o*

*una oferta similar lo más rápido posible. Los estudiantes pueden participar en la oferta por un máximo de dos años*<sup>52</sup>.

Además de los centros de ofertas especiales, el consejo municipal tiene la obligación de proveer educación del lenguaje danés para los niños hablantes de otras lenguas. El número de horas obligatorias destinadas a estas actividades es entre 15 y 30 a la semana, y la cantidad dependerá de si el niño asiste o no a un centro educativo<sup>53</sup>. Se espera que los niños que asisten a las instituciones de ofertas especiales sean transferidos después de los dos años, o antes, a una escuela pública regular<sup>54</sup>.

Letonia tiene una larga tradición de inclusión de minorías étnicas en su sistema educativo. La primera ley al respecto data de 1919, cuando se garantiza la autonomía de educación para las escuelas alemanas, rusas, judías, polacas y bielorrusas. Hasta hoy, el Estado continúa desarrollando y financiando su modelo de educación bilingüe para minorías étnicas. El 30% de los niños escolarizados están inscritos en el sistema de educación bilingüe. El 2018 se aprobaron algunos cambios a la Ley de Educación General en virtud de los cuales los programas educativos para las minorías étnicas iniciaron una transición gradual, en donde se espera que, a medida que los niños avancen en el sistema educativo, vayan adquiriendo las habilidades lingüísticas necesarias para que finalicen en educación superior con asignaturas únicamente en lengua letona<sup>55</sup>.

52 Ofertas municipales especiales para educación primaria para ciertos niños y jóvenes extranjeros. *Ministerio de niños y educación*. Recuperado de: <https://www.uvm.dk/kommunale-saerlige-tilbud-om-grundskoleundervisning-til-visse-uden-landske-born-og-unge>

53 Ley No.427 del 5 de marzo del 2017. Ley de enmienda de la ley de ofertas del día. Retsinformation.dk. Recueprado de: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=188875>

54 Ofertas municipales especiales para educación primaria para ciertos niños y jóvenes extranjeros. *Ministerio de niños y educación*.

55 [https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/latvia\\_en](https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/latvia_en)

## CUADRO RESUMEN

### Inclusión de inmigrantes

Algunos países han comenzado a desarrollar estrategias específicas para la inclusión de NNA migrantes. En Dinamarca, existen **centros educativos dirigidos especialmente a niños y jóvenes migrantes** para su **adaptación al lenguaje y la sociedad**.

En Letonia, el Estado desarrolla y financia un **modelo de educación bilingüe para minorías étnicas** y, a medida que los niños vayan avanzando en el sistema educativo, se espera que vayan adquiriendo las habilidades lingüísticas para que finalicen con asignaturas únicamente en lengua letona.

### Apoyo para niños en situación de discapacidad y con necesidades educativas especiales

Para los niños en situación de discapacidad, existe en el Reino Unido un programa especial implementado en las escuelas a través del cual se les brinda apoyo (como terapia fonética) o pueden ser destinados para un plan de educación, salud y atención que brinda ayuda para niños y jóvenes hasta los 25 años. Está a cargo y debe ser evaluado por la autoridad local correspondiente<sup>56</sup>. En Reino Unido, califica como ilegal cualquier tipo de discriminación a los niños con discapacidad por parte de las escuelas y otros proveedores de educación.

En Uruguay existe desde 2009 el programa **Proyecto Intersectorial de Atención para el Desarrollo y el Aprendizaje INTER-IN**, dirigido a niños con dificultades de aprendizaje. Se trata de una propuesta en la que participan la Dirección de Infancia, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social; el Consejo de Educación Inicial y Primaria; la Administración Pública de Educación Pública y el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. El proyecto busca “detectar las dificultades de aprendizaje, los trastornos del desarrollo y los problemas emocionales y fortalecer el vínculo familia-escuela-comunidad, a través de la atención interdisciplinaria para los niños y sus familias<sup>57</sup>.”

56 Gov.UK. (s.f). Children with special educational needs and disabilities (SEND). Recuperado de <https://www.gov.uk/children-with-special-educational-needs>

57 Uruguay. Proyecto intersectorial de atención para el desarrollo y el aprendizaje INTER-IN. Sistema de información sobre la primera infancia en América Latina (SIPI). Recuperado de: <http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/politicas/689/proyecto-intersectorial-de-atencion-para-el-desarrollo-y-el-aprendizaje-inter>

En Dinamarca, los padres de niños con necesidades educativas especiales tienen derecho a elegir la escuela pública que quieran dentro de la municipalidad en la que habitan o entre otras municipalidades, teniendo en cuenta que la escuela pueda atender las necesidades educativas especiales de los niños. El foco principal de la educación para estos niños es que puedan asistir a escuelas públicas corrientes. La legislación apoya este foco, estableciendo lo siguiente: el alumno puede asistir a una escuela convencional y recibir educación especial en una o más asignaturas como complemento a la enseñanza general; el alumno puede asistir a una clase especial, ya sea en establecimientos escolares convencionales o especiales. Existen clases especiales para los alumnos con, por ejemplo, discapacidades intelectuales, dislexia, discapacidad visual, discapacidad auditiva y discapacidades físicas<sup>58</sup>.

El sistema letón para la educación escolar de niños con necesidades educativas especiales opera de manera similar al danés. Los estudiantes pueden optar por una escuela convencional o una para niños con necesidades educativas especiales o una combinación de ambas alternativas. El Fondo Social Europeo y el Ministerio de Educación apoyan activamente proyectos de educación continua para profesores que trabajan con niños con necesidades educativas especiales. Todos los estudiantes con necesidades educativas especiales tienen el mismo derecho a participar en actividades extracurriculares que el resto de los alumnos<sup>59</sup>.

En Francia se apoya a los padres de niños minusválidos para su acceso a educación a través del **Subsidio de Educación para Hijo Minusválido (AEEH)**. El beneficio es universal, se entrega sin importar el nivel de ingreso, por todo

---

58 European Agency. System of support and specialist provision. Recuperado de: <https://www.european-agency.org/country-information/denmark/systems-of-support-and-specialist-provision>

59 European Agency. System of support and specialist provision. Recuperado de: <https://www.european-agency.org/country-information/denmark/systems-of-support-and-specialist-provision>

hijo menor de 20 años a cargo, cuyo nivel de discapacidad permanente esté comprendida entre ciertos rangos<sup>60</sup>.

#### CUADRO RESUMEN

### Apoyo para niños con discapacidades y necesidades educativas especiales

- En el Reino Unido las escuelas brindan apoyo o los niños/as pueden ser destinados para un **plan de educación, salud y atención especial**.
- En Uruguay el programa **INTER-IN** apoya a los NNA con **dificultades de aprendizaje**.
- En Dinamarca, los padres de NNA con necesidades **educativas** especiales tienen **derecho a elegir la escuela pública** que quieran (especial o convencional) en su municipalidad u otra.
- En Letonia, los niños con alguna discapacidad pueden ir a una escuela convencional o a una para niños con necesidades educativas especiales o a ambas. Existen **proyectos de educación continua para profesores** que trabajan con niños con necesidades **educativas** especiales.
- En Francia se apoya a los padres de NNA con discapacidad a través del **Subsidio de educación para hijo minusválido** (AEEH). El **beneficio es universal**, se entrega sin importar el nivel de ingreso, por todo hijo menor de 20 años a cargo, cuyo nivel de discapacidad permanente esté comprendida entre ciertos rangos predefinidos.

#### 2.3.4 Cuidado infantil y Educación en la Primera Infancia

Los sistemas universales de cuidado y educación de la primera infancia cumplen con la meta 4.2 de los objetivos de desarrollo sustentable: garantizar que todas las niñas y niños tengan acceso al desarrollo, la atención y la educación preescolar de calidad y que estén preparados para la educación primaria<sup>61</sup>.

Los datos sobre la medida en que las personas hacen uso de los servicios de cuidado de la primera infancia evidencian un panorama diverso con niveles de desarrollo desiguales. Mientras que en Dinamarca la proporción de niños que asisten a centros de cuidado infantil es de alrededor del 40%, en República Checa, la asistencia está por debajo del 3%. En República Checa se ofrece un subsidio al padre o la madre que se dedique a cuidar a su hijo. Esta asignación

60 Caja Nacional de Solidaridad para la autonomía: <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires-mdph-et-departements/evaluation-des-besoins-des-personnes-handicapees-et-reponses/les-reponses-aux-besoins-des-personnes-handicapees>

61 <https://en.unesco.org/themes/early-childhood-care-and-education>

no está sujeta a ingresos y el padre o la madre pueden continuar trabajando sin perder el derecho a la asignación si trabajan algunas horas a la semana; el niño o la niña puede asistir a una guardería infantil sin que el padre o la madre pierda el derecho a la asignación, pero solo durante 46 horas al mes para quienes tienen hijos menores de 2 años<sup>62</sup>.

El gobierno francés ofrece a los padres y madres una completa gama de servicios para el cuidado infantil desde los 3 meses hasta los 6 años<sup>63</sup>.

- Guarderías colectivas: pueden acoger a un máximo de 60 niños. Son gestionadas por un ente territorial (comuna, servicios municipales, etc) o por un ente privado (por ejemplo, una asociación). El control y la supervisión de las guarderías colectivas está a cargo del servicio departamental de la protección maternal e infantil (PMI).
- Guarderías colectivas ocasionales o puntuales: el horario de estas es más reducido, los padres pueden elegir algunos días y algunas horas según sus preferencias. Supervisión a cargo de la PMI.
- Jardín infantil: guarderías con una modalidad intermedia entre las guarderías y la escuela primaria. Recibe a niños entre 2 y 6 años.
- Guarderías familiares o asistentes maternas: una misma persona (asistente maternal) cuida en su propia casa a un máximo de 4 niños. Dos días a la semana, esta persona lleva a los niños a una guardería colectiva y pasan el día allí. La supervisión de las guarderías corresponde al servicio departamental de la protección maternal e infantil (PMI).
- Guarderías parentales: pueden acoger a un máximo de 25 niños de manera regular u ocasional. Están administradas por los mismos padres, bajo el control de la PMI.
- Casas de la pequeña infancia (multi-accueil): establecimientos que ofrecen varios sistemas de guarderías de los anteriormente señalados.
- Guardería de empresa u organización para los hijos de empleados de empresas privadas o públicas. También pueden proponer cupos a niños que vivan en el barrio. Reciben a niños a partir de los 2 meses hasta los 3 años.

En Francia, a pesar de que la cobertura de la oferta pública del cuidado infantil es alta, se ha puesto especial énfasis en las familias más vulnerables. El Ministerio del

62 [https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_republique\\_tcheque.html](https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_republique_tcheque.html)

63 Accueil de la Petite Enfance. Recuperado de : [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Accueil\\_de\\_la\\_petite\\_enfance.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Accueil_de_la_petite_enfance.pdf)

Trabajo puso en marcha el año 2018 una estrategia para combatir la pobreza, el **Plan Pobreza / Inclusión y Empleo**, para el cual se destinaron 8 billones de euros. Se enfoca en la primera infancia y en capacitar a los más jóvenes para facilitar su entrada al mercado laboral. Se compromete a garantizar los derechos de los niños a la alimentación, la salud y la vivienda<sup>64</sup> y a aumentar los cupos en jardines infantiles para los niños que pertenecen a familias de estratos socioeconómicos más bajos. La Caja de Asignaciones Familiares (CAF) invertirá 400 M€ para crear al menos 30.000 cupos nuevos.

En Dinamarca, los servicios de cuidado para los niños entre los 0 y los 6 años se han considerado tradicionalmente como parte del sistema de bienestar. El objetivo principal es apoyar, en colaboración con los padres, el desarrollo de los niños pequeños y proveer de cuidados y de ambientes de aprendizaje mientras los padres están en el trabajo. El Ministerio de Desarrollo Social tiene la responsabilidad nacional de las políticas de cuidado de la primera infancia, aunque muchas políticas y asuntos operacionales han estado históricamente descentralizadas bajo la responsabilidad de autoridades locales. El Ministerio de Educación tiene la responsabilidad política de la educación preescolar (niños entre 5 y 7 años).

Las autoridades locales determinan los objetivos y el marco para el trabajo realizado en las guarderías y en las escuelas y son responsables del financiamiento y la supervisión. Con frecuencia establecen departamentos unificados, reuniendo cuidados tempranos y educación. A pesar de las altas tasas de cobertura de los servicios de cuidado daneses, la demanda sigue aumentando.

El sistema es predominantemente un servicio público, supervisado por las autoridades locales y financiado con impuestos locales y subvenciones del gobierno central. Las tarifas se reducen a un 30% de los costos de funcionamiento y para las familias más pobres es gratuito. Las principales formas de provisión son:

- Guarderías para niños de 6 meses a 6 años. El 70% de ellas son operadas por servicios públicos y comunitarios. Se complementan con instalaciones y redes independientes (30%). El 25% de los niños entre 0 y 1 año son cuidados en

64 Ministère du Travail, 'Plan pauvreté | inclusion et emploi' Recuperado de: <https://travail-emploi.gouv.fr/grands-dossiers/plan-pauvrete-inclusion-et-emploi/>.

guarderías, el 68% de los niños entre 1 y 3 años y el 88,5% de los niños entre 3 y 5 años.

- Jardín de infantes para niños de 5/6-7. Tienen lugar dentro de las escuelas primarias y son gratuitos. Aproximadamente la mitad de todas las escuelas públicas ejecutan un programa llamado **Inicio Escolar Integrado** en el que los alumnos de las clases preescolares y de las clases 1ª y 2ª pueden impartirse en grupos integrados de edad. El 98% de los niños están inscritos en estos sistemas de cuidado.

En el Reino Unido, el apoyo al cuidado y la educación en la primera infancia por parte del Estado ha estado principalmente apoyado a través de transferencias monetarias, subsidios y exenciones tributarias. Existen, además, servicios de cuidado públicos, entre los que se encuentra la opción de contratar a un cuidador en su propia casa que está registrado en la Inspección de Cuidados y Servicios Sociales. Las guarderías o centros infantiles cubren un horario de 8:00 a 18:00 durante todo el año y se puede elegir los horarios en los que se dejará a los niños. Existen también jardines infantiles privados, comunitarios o asociados al lugar de trabajo de los padres. Estos lugares ofrecen cuidado durante todo el día para niños entre 0 y 5 años. Suelen ser subsidiados por los empleadores o las autoridades locales.

En cuanto al apoyo financiero para acceder a sistemas de cuidado infantil, existen en el Reino Unido los siguientes programas:

- Créditos del cuidador: es un crédito del Seguro Nacional que puede ser obtenido por la persona que esté cuidando a alguien al menos 20 horas a la semana. Para obtener este crédito, el beneficiado debe tener 16 o más años, cumplir la edad de pensión estatal y cuidar a una o más personas durante al menos 20 horas a la semana<sup>65</sup>.
- Subsidio de cuidado de niños: este permite recibir ayuda por los costos de cuidado de niños en los siguientes casos: estudiantes de educación superior a tiempo completo e hijos menores de 15 o 17 años con necesidades educativas especiales. La cantidad de dinero que se obtendrá depende del ingreso del hogar y de la cantidad de niños a cargo<sup>66</sup>.

65 Gov.UK. (s.f). *Carer's Credit*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/carers-credit>

66 Gov.UK. (s.f). *Childcare Grant*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/childcare-grant>

- Subsidio de guardián. Este subsidio se otorga a la persona que se encarga de la crianza de un niño cuyos padres han fallecido o uno de ellos es sobreviviente<sup>67</sup>.
- Subsidio de educación para padres: subsidio dirigido a los padres que están estudiando<sup>68</sup>.
- **Care to Learn** brinda ayuda con los costos de cuidado infantil mientras la persona a cargo del niño estudia. El programa está disponible para cursos que sean financiados con fondos públicos en el Reino Unido. Cubre los costos de una sesión de prueba de cuidado infantil por hasta 5 días, de una guardería durante las vacaciones de verano o de llevar a su hijo a su proveedor de cuidado infantil<sup>69</sup>.

En Dinamarca y República Checa se puede obtener ayuda financiera para el cuidado de niños si el cuidado es proporcionado por una guardería registrada, si la cuidadora de niños pertenece a una agencia registrada, si asiste a una escuela registrada y si el trabajador de atención domiciliar trabaja para una agencia registrada<sup>70</sup>.

En Dinamarca, todos los niños tienen derecho a un lugar en una guardería a partir de las 26 semanas de vida y hasta que comienza su edad escolar. El sistema está a cargo de los consejos municipales. Cuando un municipio no puede asegurar cupo en una guardería, se considera como un incumplimiento de la garantía de cuidado. Según la Ley, es posible entregar subsidios económicos a los padres que deciden no ingresar el niño o niña al sistema de cuidado infantil, o que no encuentran espacio en una guardería municipal. El beneficio se entrega por un mínimo de 8 semanas y un máximo de un año, a menos que el consejo municipal decida otro periodo temporal. Para ser beneficiario de este subsidio, la madre o el padre cuidador/a debe tener suficiente dominio del idioma danés, no recibir ingresos de un trabajo o de otras ayudas públicas, tener un tiempo mínimo de residencia en el país y estar inscrito en el sistema de seguridad social pública.

67 Gov.UK. (s.f). *Guardian's Allowance*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/guardians-allowance>

68 Gov.UK. (s.f). *Parents' Learning Allowance*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/parents-learning-allowance>

69 Gov.UK. (s.f). *Childcare you can get help paying for*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/help-with-childcare-costs>

70 Ley No.824 del 15 de agosto del 2019. Ley de ofertas del día. Retsinformation.dk. Información tomada del capítulo 16: Subvenciones para cuidar a sus propios hijos. Recuperado de: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210015#-d4fa048d4-8e0a-4e58-b2ec-5328ee4f362e>

Beneficio infantil y juvenil. Borger.dk. Recuperado de: <https://www.borger.dk/familie-og-boern/Familieydelse-oversigt/Boerne-ungeydelse>

Subsidio parental. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

De igual forma, el consejo municipal puede negar la petición de los padres de cuidar ellos mismos al niño. Eso dependerá de las condiciones del niño y de si se considera necesario que asista a una institución educativa. La cantidad de dinero recibida está exenta de impuestos y varía dependiendo de las condiciones familiares y el número de niños en el hogar. No se asignan más de tres ayudas por familia y no puede ser más del 85% de lo que costaría inscribir al niño a una guardería.

En República Checa, es elegible para el subsidio cualquier padre o madre, residente en el país por mínimo un año, que se encargue de cuidar a su hijo, o a sus hijos, menores de 4 años. Si los padres trabajan mientras están siendo beneficiarios del subsidio, no tienen que renunciar a él. Lo importante es asegurarse de que otro adulto se haga cargo del niño. Otra posibilidad es utilizar ese subsidio para ingresar al niño en una institución educativa o guardería infantil. El número máximo de horas que el niño podrá asistir a una institución dependerá de condiciones como edad, discapacidades, condiciones laborales o educativas de los padres, etc. El pago se efectúa hasta que el menor cumpla 4 años, o hasta que se agote la cantidad total que puede ser asignada por el gobierno para cada padre o madre.

Letonia tiene un sistema de educación descentralizado y una estructura regional fragmentada, con 119 municipios responsables de proporcionar educación y cuidado temprano. El 86% de los niños de 3 años y el 90% de los niños de 4 años están matriculados en educación preescolar, por encima del promedio de la OCDE del 69% y 85%. La educación preescolar es obligatoria para niños de 5-6 años y es gratuita, con la excepción de las comidas escolares. Existen subsidios municipales para las familias más vulnerables. El número de instituciones de cuidado en primera infancia ha aumentado fuertemente en el país, pero, a pesar de este aumento, Letonia enfrenta escasez de oferta en las zonas urbanas, principalmente debido a la migración desde zonas rurales. Para responder a esta demanda, los municipios y el sector privado han abierto varios centros de desarrollo y juego infantil. El desafío que enfrenta el país ahora es supervisar y asegurar la calidad de estos centros<sup>71</sup>.

71 <http://www.oecd.org/education/Education-Policy-Outlook-Country-Profile-Latvia.pdf>

La mayoría de los países que no garantizan la universalidad de los servicios de cuidado infantil dan prioridad a los niños de los hogares monoparentales. En el caso de Uruguay, existe desde 2013 el programa **Cuidado e Inclusión Socioeducativa para la Primera Infancia** (Cisepi), a cargo del Ministerio de Desarrollo Social. Se dirige a los niños y niñas entre 0 y 3 años, cuyas familias están inscritas en algún programa de ayuda social<sup>72</sup>. Asegura cupos en entidades educativas privadas y financia el transporte para los adultos encargados de llevar al niño al lugar de estudio<sup>73</sup>. También, para la primera infancia, existen las **Becas de Inclusión Socioeducativa** (BIS), un programa a cargo de la oficina del Sistema de Cuidados (Cuadro 5), en el que se prestan servicios de cuidado y educación a niños entre los 0 y los 3 años. Los niños deben pertenecer a familias que formen parte de los programas de acompañamiento familiar del Ministerio de Desarrollo o del INAU<sup>74</sup>. Uruguay ha hecho una importante innovación institucional al instalar el cuidado infantil en el marco mayor de un Sistema Nacional de Cuidados (Cuadro 3).

72 Uruguay. Cuidado e Inclusión Socioeducativa para la Primera Infancia (Cisepi). *Sistema de información sobre la primera infancia en América Latina (SIPI)*. Recuperado de: <http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/politicas/1172/cuidado-e-inclusion-socioeducativa-para-la-primera-infancia-cisepi>

73 Hojas de Ruta. Uruguay. *Sistema de información sobre la primera infancia en América Latina (SIPI)*. Recuperado de: <http://www.publicaciones.siteal.iipe.unesco.org/hojas-de-ruta/51/uruguay>

74 Primera infancia. Becas de inclusión socioeducativa. *Sistema de cuidados*. Recuperado de: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/61061/becas-de-inclusion-socioeducativa>

## CUADRO 3

**El Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay<sup>75</sup>**

En el año 2015, se creó el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), con el objetivo de “posicionar al cuidado como un derecho, parte del ciclo de vida de las personas.”

La población objetivo del sistema son los cuidadores, la primera infancia, las personas mayores en situación de dependencia y las personas con discapacidad en situación de dependencia.

Entre sus objetivos se encuentra generar actividades y contenidos que ayuden a redimensionar la corresponsabilidad social alrededor de los cuidados, entendido como un derecho y una función social que no debe ser responsabilidad solamente de unos pocos, especialmente de las mujeres. Se entiende la función del cuidador como un trabajo para el que se necesita formación y que debe ser remunerado.

Lidera este Sistema la Junta Nacional de Cuidados, conformada por un grupo interinstitucional donde participan los Ministerios de Desarrollo Social, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública y Economía y Finanzas. También participan las oficinas de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública, el Banco de Previsión Social, el Instituto del Niño y Adolescente de Uruguay, la Secretaría Nacional de Cuidados y el Instituto Nacional de las Mujeres.

El SNIC administra espacios de cuidado para primera infancia en los que solo pueden trabajar personas que tengan la formación en atención a la primera infancia, que es impartida por el mismo Sistema.

También existen programas de apoyo a estudiantes embarazadas y madres o padres adolescentes, que pueden incluir orientación educativa vía telefónica, orientación educativa personalizada en el centro educativo, adaptación y flexibilización de la propuesta curricular, becas para estudiantes de educación media, y el ingreso de niñas y niños a diferentes espacios de educación y cuidados (CEIP, CAIF, CAPI y otros).

75 Sistema de cuidados. Creación del sistema de cuidados. Recuperado de: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/75658/creacion-del-sistema-de-cuidados>

Sistema de cuidados. Tiempo para cuidar. Licencias por maternidad, paternidad, adopción y cuidados en la actividad pública y privada. Recuperado de <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/61058/licencias-por-maternidad-paternidad-adopcion-y-cuidados-en-la-actividad-publica-y-privada>

Sistema de cuidados. Personas que cuidan. Formación. Recuperado de <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/61057/formacion>

Sistema de cuidados. Continuidad educativa en enseñanza media. Recuperado de <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/114579/continuidad-educativa-en-ensenanza-media>

## CUADRO RESUMEN

**Cuidado infantil y educación en la primera infancia**

Los países estudiados ofrecen un abanico de ofertas de cuidado, ya sea a través de servicios de guardería o de apoyo financiero a las familias o personas que cuidan a niños o niñas. En muchos casos, sin embargo, la cobertura de estos servicios es limitada. La mayoría de los países que no garantizan la universalidad de los servicios de cuidado infantil dan prioridad a los niños de hogares monoparentales.

- República Checa ofrece un **subsidio al padre** o la madre que se dedica a cuidar a su hijo. Esta asignación no está sujeta a ingresos y el padre o la madre pueden continuar trabajando algunas horas sin perder el derecho a la asignación.
- El gobierno francés ofrece a los padres y madres una **amplia gama de servicios para el cuidado desde** los 3 meses hasta los 6 años: guardería colectiva, guardería colectiva ocasional, jardín infantil, guardería familiar, guardería parental, casa de la pequeña infancia y guardería de empresa u organización.
- En Dinamarca, los servicios de cuidado para los niños entre los 0 y los 6 años son parte del sistema de bienestar y es **considerado un servicio público**.
- En el Reino Unido, el apoyo al cuidado y la educación en la primera infancia por parte del Estado se apoya principalmente a través de **transferencias monetarias, subsidios y exenciones tributarias**. Existen además **servicios de cuidado públicos**, entre estos: la opción de contratar a un cuidador certificado que brinde cuidado en su propia casa y las guarderías o centros infantiles. Se puede obtener **ayuda financiera para el cuidado** si es proporcionado por una guardería o niñera registrada.

**2.3.5 Seguridad social de Ingresos**

Conforme a la Convención sobre los Derechos del Niño, los NNA tienen derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social. En este sentido, las prestaciones deberán concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación de NNA y de las personas que sean responsables de su mantenimiento del niño (art. 26). Asimismo, NNA tienen derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, para lo cual el Estado tiene el deber de adoptar todas las medidas que sean necesarias para ayudar a los padres/madres y a otras personas responsables del cuidado de estos, a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionar asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda (art. 27).

La seguridad de ingresos para NNA, ofrecida a partir de los distintos beneficios familiares y otros beneficios para los hogares y trabajadores, constituyen un elemento importante en los sistemas de protección social. La seguridad de ingresos es relevante en tanto permite acceso a la nutrición, educación y vivienda y porque previene situaciones que atentan contra los derechos de NNA.

La vulnerabilidad económica se relaciona muchas veces con la incapacidad de los padres/madres para conciliar empleo y paternidad, por lo que el riesgo de pobreza aumenta en padres/madres con niños menores de tres años (OECD 2011). Es por ello que, dentro de la amplia gama de instrumentos para la seguridad de ingresos, se analiza en detalle los subsidios de manutención, los subsidios por maternidad, paternidad y cuidado, por número de hijos y los seguros de desempleo. Los beneficios para las familias pueden ser contributivos o no contributivos (estar sujetos o no al empleo asalariado de los padres), y estos últimos pueden ser universales o estar sujetos a ciertas características de los individuos o los hogares, comúnmente nivel de ingreso.

Como la vulnerabilidad social puede derivarse de características personales como edad, discapacidad o enfermedad crónica, entre otras, se destaca cómo los países seleccionados adaptan los instrumentos para cubrir estos y otros riesgos.

### **Subsidios de manutención**

En muchos países, las familias reciben ingresos del Estado para manutención de los hijos. Estos ingresos pueden ser universales, estar asociados al empleo asalariado formal, incluir a trabajadores por cuenta propia (como por ejemplo las asignaciones familiares), o estar sujetos a una comprobación de medios o ingresos del hogar y/o individuo o al cumplimiento de ciertas condiciones. Algunos son entregados como transferencias directas y otros a través de exenciones tributarias.

Algunos países han implementado bonos por hijo universales. En Dinamarca se pagan subsidios familiares desde 1987, exentos de impuestos y dirigidos a todos los niños y adolescentes menores de 18 años. El financiamiento proviene del tesoro nacional y el pago está a cargo del Ministerio de Impuestos. La entrega es trimestral y, por lo general, se hace a la madre. El monto varía dependiendo de la edad del niño y los ingresos y condiciones de vida de los padres (padres solteros,

estudiantes, etc.)<sup>76</sup>. A partir de 2011, se paga también un subsidio juvenil mensual entre los 15 y los 17 años, condicionado a que el adolescente estudie o trabaje<sup>77</sup>. Estos bonos y subsidios pueden ser suspendidos si la institución educativa a la que asiste el niño reporta inasistencia<sup>78</sup>.

Adicionalmente, Dinamarca ofrece ayudas para familias de niveles socioeconómicos bajos (programa **Manutención Infantil Temporal**). Tienen derecho a estos subsidios aquellas personas que lleven al menos 6 meses viviendo en el país y que tengan a su cargo un menor de entre 0 y 14 años. El monto dependerá del tiempo que lleve la persona viviendo en el país, del número de niños que tenga a su cargo y de las condiciones particulares de los padres<sup>79</sup>. La ayuda puede ser entregada en dinero o en auxilio educativo o de transporte<sup>80, 81</sup>.

En el Reino Unido, en cambio, los bonos por hijo son cuasi universales, porque excluyen a los hogares más ricos. A estos sistemas se les llama *affluence-tested schemes*. A pesar de no ser completamente universal, el sistema es bastante inclusivo, ya que cubre a cerca de un 80% de la población infantil. Así, la mayoría de los hogares con NNA obtienen el Beneficio por Hijo cuando hay un menor de 16 años o menor de 20 años si permanece en educación o capacitación. Solo una persona puede obtener el beneficio por cada niño. Los beneficiarios del bono pueden obtener créditos del Seguro Nacional, que cuentan para la Pensión Estatal. Si el ingreso individual de uno de los dos apoderados del niño es superior a £50.000 al año, deberá pagar parte de su Beneficio por Hijo en impuestos<sup>82</sup>. Los bonos por hijos y las asignaciones de tutores están a cargo de la Secretaría de Estado, y para Irlanda del Norte, del Departamento de Desarrollo Social.

76 Los montos trimestrales a pagar para padres solteros son de 1.470 coronas por trimestre y 1.498 por niño, a partir del segundo hijo. Si se tiene paternidad múltiple se reciben 2.425 por gemelos y 4.850 por trillizos. Si se es jubilado, 3.759 por niño.

77 Beneficio para niños y jóvenes: una descripción histórica. *Ministerio de Impuestos*. Recuperado de: <https://www.skm.dk/skattetal/statistik/tidsserieoversigter/boerne-og-ungeydelse-en-historisk-oversigt>

78 Ley No.609 del 6 de marzo del 2016. *Retsinformation.dk*. Ley de beneficios para niños y jóvenes. Recuperada de: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=180134>

79 Disfrute de manutención infantil temporal para familias pobres. *Ministerio de Empleo*. Recuperado de: <https://bm.dk/arbejd-somraader/aktuelle-fokusomraader/midlertidigt-boernetilskud/>

80 En dinero, la cantidad entregada es de 700 coronas por mes, por niño. Además, puede haber un suplemento de 650 coronas mensuales para los padres solteros.

81 Manutención temporal. *Borger.dk*. Recuperada de: <https://www.borger.dk/familie-og-boern/Familieydelse-oversigt/midlertidigt-boernetilskud>

82 Gov.UK. (s.f). *Claim Child Benefit*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/child-benefit>

El beneficio asociado a niños y niñas del Reino Unido se aplica también en situaciones diversas, tales como: a) tras la muerte de un niño o joven calificado, el beneficio se sigue aplicando por 8 semanas; b) si la persona sale del Reino Unido hasta por 8 semanas, o hasta por 12 semanas cuando el viaje se relaciona con tratamientos de enfermedades o muerte de familiares cercanos o pareja; c) si las personas trabajan al servicio de la Corona y son enviados al extranjero, se tratan como si estuviesen en el Reino Unido.

El beneficio no se aplica para inmigrantes que no se establezcan de forma permanente en el Reino Unido, los que no tienen derecho a recibir recursos de fondos públicos<sup>83</sup>.

Francia ofrece prestaciones para la manutención de NNA que se abonan sin condicionalidad de actividad dependiendo en algunos casos del ingreso o del número de hijos. Estas prestaciones incluyen:

- Complemento familiar: se otorga, en función del nivel de ingresos, a las familias que tienen a su cargo al menos a 3 hijos de edades comprendidas entre los 3 y los 21 años. El límite máximo de ingresos varía en función del número de hijos a cargo, de la composición de la unidad familiar y el nivel de ingresos.
- Subsidio a suma alzada: destinado a aquellas familias que tienen a su cargo al menos a tres hijos, que pierden el beneficio de una parte de las prestaciones familiares cuando uno de los hijos cumple 20 años, y no percibe ningún ingreso profesional superior a 932,29 € al mes. El subsidio se abona por el hijo durante un año.
- Subsidio de apoyo familiar: se abona para criar un niño o niña, como complemento de una pensión alimenticia cuyo importe es bajo. Los requisitos para percibir este subsidio son vivir solo, residir en Francia y tener al menos 1 hijo a cargo.
- Subsidio de comienzo del año escolar: supeditado al nivel de renta, se abona por cada hijo escolarizado entre los 6 y los 18 años en un solo pago.
- Subsidio diario de presencia parental: para toda persona que tiene a su cargo a un hijo menor de 20 años afectado por una enfermedad o por una discapacidad grave.

83 Gov.UK. (2016). *Child Benefit Technical Manual*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/hmrc-internal-manuals/child-benefit-technical-manual/cbtm10000>

Los subsidios de manutención pueden estar integrados a un sistema contributivo de seguridad social. Las asignaciones familiares en Uruguay, por ejemplo, forman parte de las prestaciones contributivas para los trabajadores asalariados, y un sistema no contributivo se encarga de proveer ingresos a aquellos que quedan fuera. El Banco de Previsión Social (BPS) brinda a los hijos o menores escolarizados o que padecen alguna discapacidad, un beneficio trimestral, que se otorga desde el momento de comprobado el embarazo y varía según los ingresos del hogar<sup>84</sup>. Los padres deben ser trabajadores, pensionados o registrados en un sistema de subsidio transitorio. Los niños en hogares con situación de vulnerabilidad socioeconómica o niños sin hogar tienen derecho a una subvención proveniente del **Plan de Equidad**<sup>85</sup>. En ese caso, los valores son mayores que los de las asignaciones familiares y son financiadas por las rentas generales del Estado. Otro programa de asistencia social que entrega dinero en efectivo es la **Tarjeta Uruguay Social**, a cargo del Ministerio de Desarrollo Social. El dinero se entrega mensualmente a familias que se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad económica. La cantidad entregada depende de la conformación de la familia y del ingreso<sup>86</sup>.

Dinamarca entrega asignaciones y subsidios universales, que no forman parte del ingreso tributable de los hogares y cuyo valor depende no solo del número de niños o niñas en el hogar, sino también de sus edades. Los hogares tienen acceso a las asignaciones familiares generales que son más altas cuanto menor edad tenga el niño o niña (*b-rne- og ungedyldelse*). Los padres o madres que asumen solos el cuidado de los hijos tienen acceso a un beneficio trimestral adicional de base (*ordinært børnetilskud de 1 441 DKK*) al que se le suma un monto por hijo (*ekstra børnetilskud, de 1 469 DKK por infante*). Los padres o madres que estudian tienen acceso a un beneficio suplementario de 1 892 DKK por infante, sujeto al nivel de ingresos del hogar. Dinamarca también ofrece asignaciones especiales en caso de adopción, de la condición de jubilados de los padres, nacimiento o adopción múltiple y adopción de niños en el extranjero.

84 Asignación familiar (enero del 2020). BPS. *Instituto de Seguridad Social*. Recuperado de: <https://www.bps.gub.uy/5470/asignacion-familiar.html>

85 Plan de Equidad (enero del 2020). BPS. *Instituto de Seguridad Social*. Recuperado de: [https://www.bps.gub.uy/3540/plan\\_de\\_equidad.html](https://www.bps.gub.uy/3540/plan_de_equidad.html)

86 Programa Tarjeta Uruguay Social. Ministerio de Desarrollo Social. MIDES. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-de-desarrollo-social/politicas-y-gestion/programas/tarjeta-uruguay-social>

De manera similar, la seguridad social letona se basa principalmente en un plan financiado por contribuciones sociales y por un sistema de asistencia estatal para las familias que no contribuyen. El Ministerio de Desarrollo Social se encarga de repartir los beneficios. Los fondos provienen de contribuciones personales de los trabajadores y aportes de los empleadores. En la última década, en Letonia se ha puesto énfasis en fomentar la natalidad, para ello, existen beneficios especiales para familias numerosas. Por ejemplo, en 2016 se introdujo la **3+tarjeta familiar**, para otorgar descuentos a familias numerosas y se introdujo también un bono para cubrir los costos en transporte público de las familias con tres hijos o más. Además, en el 2018, Letonia aumentó el monto del bono por hijos para familias con dos o más niños<sup>87</sup>.

#### CUADRO RESUMEN

#### **Subsidios de manutención**

- En Dinamarca y Uruguay se pagan **asignaciones familiares universales** que integran el financiamiento contributivo y no contributivo.
- En el Reino Unido, los bonos por hijo son **cuasi universales**, porque excluyen a los hogares más ricos.
- Francia también ofrece prestaciones para la manutención de NNA que se abonan a partir del 2° hijo a cargo que reside en Francia, en **casos de falta de apoyo al cuidado, de situaciones de dependencia más severa de parte de los niños o niñas o en meses con una alta carga de cuidado**. Se abonan sin condición de actividad y en función de los recursos de la familia o de la persona que tiene hijos a su cargo y del número de hijos.

#### **Subsidios de maternidad, paternidad y cuidado**

Otro mecanismo para asegurar el ingreso de los hogares con niños y niñas, en particular en los primeros años de vida, son los subsidios y permisos parentales. En República Checa, las prestaciones familiares se proporcionan bajo el amparo de la Ley Estatal de Asistencia Social; son financiadas por impuestos y se administran en la Oficina del Trabajo, organismo que también administra ciertas prestaciones sociales no contributivas y que se proporcionan bajo la condición

87 Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras, 'Family State Benefit and additional payments'. Recuperado de: <https://www.vsaa.gov.lv/en/services/for-parents/family-state-benefit/>

de residencia. Los subsidios parentales son pagos que reemplazan el salario durante la licencia maternal y paternal. Cuando un padre se ocupa de un niño pequeño, el beneficio se paga a un padre o madre que se ocupa de al menos un niño menor de 4 años durante todo el día. También el padre o la madre que cuida de un niño con enfermedad crónica o con alguna discapacidad tiene derecho al subsidio parental hasta los 7 años. Además del subsidio por maternidad/paternidad, muchas familias reciben una contribución social que se asigna a los padres/madres con bajos ingresos, discapacitados/as y solteros/as. Si los ingresos totales de una familia no alcanzan el ingreso mínimo de vida establecido en la Ley de Ingresos Mínimos de Vida y la Ley de Necesidad Social, esta familia recibe una prestación de atención social que compensa al nivel de los ingresos mínimos de vida.

En el Reino Unido, el subsidio de maternidad también cubre a personas que no califican para el beneficio por contribuciones a la seguridad social. Puede ser solicitado a partir de la semana 26 de embarazo y los pagos comienzan 11 semanas antes de que nazca el bebé. El subsidio de maternidad puede ser otorgado por 39 o por 14 semanas dependiendo de las circunstancias de la madre y el cumplimiento de ciertos requisitos<sup>88</sup>. El Seguro de inicio de maternidad es otro beneficio que existe en el Reino Unido, a través del cual se obtiene un pago de £ 500 para ayudar a cubrir los costos de tener un hijo. Esta subvención aplica cuando se espera el primer hijo o se espera un parto múltiple y ya se tiene hijos menores de 16 años. Se otorga dentro de las 11 semanas o 6 meses posteriores al nacimiento. Este subsidio no afecta la obtención de otros beneficios o créditos fiscales<sup>89</sup>. Cuando el niño o la niña presentan alguna discapacidad, se les otorga a sus cuidadores legales un subsidio de vida por discapacidad que depende del grado de discapacidad. Existe también apoyo financiero cuando se tienen hijos en edad escolar, tales como ayuda con el transporte del hogar a la escuela, transporte gratuito, ayuda con los costos del uniforme escolar, transporte para niños con necesidades educativas especiales y discapacidad y apoyo para alimentación<sup>90</sup>.

88 Gov.UK. (s.f). *Maternity Allowance*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/maternity-allowance>

89 Gov.UK. (s.f). *Sure Start Maternity Grant*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/sure-start-maternity-grant>

90 Gov.UK. (s.f). *Schools and education*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/browse/childcare-parenting/schools-education>

En Dinamarca, cualquier mujer que haya residido en el país por más de 6 meses puede beneficiarse gratuitamente de un seguro de maternidad<sup>91</sup>. Si se trata de una mujer empleada, debe haber trabajado al menos 160 horas en los cuatro meses anteriores al parto. La cantidad de dinero que recibe se calcula como si se tratara de una indemnización por enfermedad, depende de los ingresos recibidos tres meses antes<sup>92</sup>. El tiempo de la licencia es de hasta 4 semanas antes de la fecha estimada para el parto y 14 semanas después, siendo las dos primeras semanas después del parto obligatorias. Durante los primeros nueve años del niño, cada uno de los padres puede tomar hasta 32 semanas de licencia con subsidio<sup>93</sup>. En cuanto a la licencia de paternidad, el padre o la co-madre<sup>94</sup> tiene derecho a tomar dos semanas consecutivas después del nacimiento del niño y hasta que este tenga 14 semanas<sup>95</sup>.

Para los trabajadores formales en Letonia existe un subsidio por maternidad y un subsidio por paternidad. El subsidio por maternidad aporta a las mujeres el 80% de los ingresos medios de los últimos 12 meses y se paga por 112 días consecutivos (56 días antes y 56 días después de la fecha prevista de parto). Se pagan 14 días adicionales por partos múltiples o complicaciones que surjan durante el embarazo, el parto o el período posparto. La prestación de maternidad se paga después de que el asegurado es certificado como incapaz de trabajar por la Agencia Estatal de Seguro Social. El subsidio por paternidad le otorga al padre el 80% de las ganancias en los últimos 12 meses y se paga durante 10 días consecutivos. También existe en Letonia el subsidio por enfermedad de un hijo o hija, a través del cual se le paga al asegurado el 80% del ingreso promedio de los últimos 12 meses y por un máximo de 14 días desde que un hijo o hija menores de 14 años tiene alguna enfermedad y por 21 días en caso de hospitalización. Las prestaciones por hijo relacionadas a cuidados en salud son más generosas en el

91 Ley 67 del 25 de enero del 2019. Ley de maternidad. *Retsinformation.dk*. Recuperado de: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=206401>

92 Le régime danois de sécurité sociale (salariés). Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale. France.

93 Empleada en licencia de maternidad. *Borger.dk*. Recuperado de: <https://www.borger.dk/familie-og-boern/Barsel-oversigt/Barsel-loenmodtagere#c25f8633-bdd8-4741-9c9b-6a91a9a376ac>

94 Ley 67 del 25 de enero del 2019. Ley de maternidad. *Retsinformation.dk*.

95 Empleada en licencia de maternidad. *Borger.dk*.

Reino Unido: están cubiertas por un periodo de 2 meses, y por un periodo de 4 meses cuando trata de atención hospitalaria<sup>96</sup>.

Letonia, al igual que el resto de los países analizados, otorga beneficios familiares a quienes adoptan hijos bajo las mismas condiciones de los hijos o hijas biológicas. La prestación por nacimiento y acogida de la primera infancia debe ser cobrado dentro de los seis primeros meses desde el nacimiento del hijo o de la hija o desde el día en que el cuidador (por lo general padre o madre adoptivo) asume su rol<sup>97</sup>. En Dinamarca, si se adopta fuera del país, se puede tener un permiso de hasta 4 semanas, con posible prórroga de otras 4, antes de la entrega del niño o la niña. Si es una adopción nacional, el tiempo será de 1 semana. Después de la llegada del niño se tiene derecho a 46 semanas de subsidio, que pueden ser tomadas por los dos padres a la vez, y dos de las cuales deben tomarse durante las primeras 14 semanas después de la adopción<sup>98</sup>.

En Francia, los beneficios familiares contributivos que cubren los riesgos financieros relacionados con los nacimientos de los niños y la primera infancia se agrupan dentro de un conjunto de prestaciones llamadas **PAJE** (prestaciones por acogimiento del hijo de corta edad). Entre estas prestaciones se encuentran:

- Prima por nacimiento o adopción: subsidios que permiten sufragar los gastos derivados de la llegada del hijo<sup>99</sup>. Se abonan en función del nivel de ingresos, y el límite de nivel de renta varía en función del número de hijos nacidos o por nacer, y se incrementa cuando en la pareja los dos trabajan o cuando se trata de una persona sola. La prima es abonada a condición de que la madre acredite haber realizado el primer examen médico dentro de las 14 primeras semanas de la gestación.
- Subsidio básico: abonado a continuación de la prima por nacimiento o adopción, el subsidio básico sirve para sufragar los gastos derivados del mantenimiento y educación del hijo. Está supeditado al nivel de ingresos y se abona hasta el tercer año. En caso de adopción, el subsidio se aporta durante tres años a partir de la llegada del hijo a la unidad familiar y con el requisito de que tenga menos de 20 años.

96 Gov.UK. (s.f). *Child Benefit for children in hospital or care*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/child-benefit-for-children-in-hospital-or-care>

97 El beneficio otorgado es igual a €421.17 y en letón se llama *berna piedzimshanas pabalsts*

98 Le régime danois de sécurité sociale (salariés). Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale. France.

99 949,24 € para cada nacimiento y 1.898,47 € para la adopción de un hijo de menor de 20 años.

- Complemento por libre elección de actividad (CLCA): permite que el padre o madre suspenda o reduzca su actividad profesional para atender a su hijo.
- Complemento por libre elección de la modalidad de cuidado de los hijos (CMG): tiene como objetivo compensar los gastos derivados del cuidado de un niño menor de 6 años. Esta prestación incluye la financiación parcial (hasta un 85%) del coste de cuidado del niño, que varía en función del número de hijos, de su edad y de los ingresos de la unidad familiar. Se incrementan los límites de ingresos de un 40% si se trata de una persona sola.

#### CUADRO RESUMEN

### **Subsidios de maternidad, paternidad y cuidado**

- En Reino Unido, el subsidio de maternidad incluye personas que no califican por no tener contribuciones a la seguridad social. Adicionalmente se ofrece el Seguro de inicio de maternidad que ayuda a cubrir los costos de tener un hijo. Cuando el niño o la niña presentan alguna discapacidad, se otorga a sus cuidadores legales un subsidio de vida por discapacidad.
- En Dinamarca, cualquier mujer que haya residido en el país por más de 6 meses puede beneficiarse gratuitamente de un seguro de maternidad. El tiempo de la licencia es de hasta 4 semanas antes de la fecha estimada para el parto y 14 semanas después. Las dos primeras semanas después del parto son obligatorias. Durante los primeros nueve años del niño, cada uno de los padres puede tomar hasta 32 semanas de licencia con subsidio.
- Para los trabajadores formales en Letonia existe un subsidio por maternidad y un subsidio por paternidad. El subsidio por maternidad asegura el 80% de los ingresos a las madres. Se pagan 14 días adicionales por partos múltiples o complicaciones que surjan durante el embarazo, el parto o el período posparto. Existe además el subsidio por enfermedad de un hijo y una prestación por nacimiento y acogida de la primera infancia
- En República Checa muchas familias reciben además una contribución social que se asigna a los padres/madres con bajos ingresos, discapacitados/as y solteros/as. Si los ingresos totales de una familia no alcanzan el ingreso mínimo de vida establecido en la Ley de Ingresos Mínimos de Vida y la Ley de Necesidad Social, esta familia recibe una prestación de atención social que compensa sus ingresos al nivel de los ingresos mínimos de vida.

### **Exenciones tributarias**

Además de la prestación de servicios y las transferencias monetarias, las exenciones tributarias son otro mecanismo para movilizar los recursos destinados a beneficios asociados a la protección social de NNA.

En Francia existe un mecanismo de reducción del impuesto a la renta por concepto de pensión alimenticia de los niños, manutención infantil, matrículas escolares, cuidado de los niños pequeños fuera del hogar y contratación de un empleado en el hogar. Los mecanismos a través de los cuales se puede reducir el impuesto a la renta son: i) deducción del ingreso tributable: una cantidad se eliminará ya sea de un ingreso categórico (por ejemplo, la deducción de gastos profesionales de sueldos y salarios) o ingreso bruto total (por ejemplo: la deducción de los pagos de manutención infantil); ii) reducción de impuestos a pagar: cantidad restada de la cantidad de impuestos a pagar; iii) crédito fiscal, que es un monto que se resta del monto del impuesto (por ejemplo, crédito fiscal para gastos de cuidado de niños). A diferencia de la reducción de impuestos, se reembolsa en su totalidad o en dos partes, si el monto excede el impuesto<sup>100</sup>.

El Reino Unido también recurre a los créditos tributarios para movilizar el gasto en protección social para familias, NNA. Todos los créditos fiscales están a cargo del Departamento de Ingresos y Aduanas y para quienes estén a cargo de un niño o niña existen los siguientes beneficios:

- Crédito Tributario por Hijos, el que puede ser otorgado por los hijos de los que se es responsable, es decir, que vivan con la persona todo el tiempo, que los juguetes y la ropa se guarden en su casa y pague las comidas con su propio dinero. También incluye niños que han sido adoptados. En el caso de ser responsable de un niño con discapacidad se pueden obtener créditos fiscales adicionales<sup>101</sup>.
- Crédito Fiscal por Bebé, entregado a las personas que tienen un bebé. Si la beneficiaria ha dejado de trabajar para tener al bebé, tiene derecho a recibir un crédito fiscal por Trabajo dentro de las primeras 39 semanas de licencia por maternidad<sup>102</sup>.

100 <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12>

101 Gov.UK. (s.f). *Child Tax Credit*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/child-tax-credit>

102 Gov.UK. (s.f). *Tax credits if you have a baby*. Recuperado de: <https://www.gov.uk/tax-credits-if-you-have-baby>

- Crédito Tributario por hijo de 16 años. El crédito tributario por hijos se detiene cuando este cumple los 16 años, pero puede continuar para menores de 20 años que estén cursando en educación o capacitación aprobada. Esto debe ser informado al Departamento de Ingresos y Aduanas para que haya un ajuste del crédito fiscal<sup>103</sup>.

### **Seguros de desempleo**

Los seguros de desempleo o cesantía son particularmente relevantes para proteger a NNA de la pobreza, ya que los ingresos laborales son la principal fuente de ingresos de los hogares. Este seguro es obligatorio para trabajadores formales asalariados, aunque casi todos los países estudiados aseguran también los ingresos de trabajadores por cuenta propia o independientes, siempre y cuando declaren sus ingresos y actividades y contribuyan al seguro por un tiempo mínimo.

El acceso al beneficio de seguro de cesantía es similar en todos los países estudiados, a saber: estar inscritos en el sistema nacional de demandantes de empleo, no estar estudiando jornada completa y no recibir pensión. Los seguros de desempleo se entregan por un tiempo máximo; en el caso de la República Checa el máximo dependerá de la edad del demandante de empleo, 5 meses para una persona menor de 50 años; 8 meses para una persona de entre 50 y 55 años; 11 meses a partir de los 55 años. La prestación por desempleo se calcula sobre la base del salario neto mensual promedio del asegurado.

A diferencia de la mayoría de los países analizados, en Dinamarca el seguro de desempleo no es obligatorio, y el trabajador puede afiliarse voluntariamente a uno de los fondos de seguro de desempleo reconocidos por el Estado. Los fondos de seguro de desempleo consisten en organizaciones de empleados asalariados o independientes creadas únicamente para proporcionar un ingreso de reemplazo para sus miembros desempleados. Pagan prestaciones por desempleo total y parcial (reducción de jornada a menos de 14,8 horas por semana), destacándose que el pago es hasta por dos años en un período de tres años.

En Letonia el seguro de cesantía es obligatorio para los trabajadores asalariados y no cubre a trabajadores por cuenta propia. El seguro letón apoya a trabajadores

---

103 Gov.UK. (s.f). Child Tax Credit when your child reaches 16. Recuperado de: <https://www.gov.uk/child-tax-credit-when-child-reaches-16>

cuando el empleador haya reducido las horas de trabajo debido a dificultades económicas (producto de crisis financieras, por ejemplo) y reciben una asignación parcial durante 3 meses. Además, el interesado debe buscar activamente empleo y cooperar con los servicios de empleo.

El Reino Unido también ofrece beneficios a quienes trabajan menos de 16 horas a la semana (que a su vez están buscando activamente un trabajo de jornada más larga).

En muchos casos, los seguros de desempleo cubren también capacitaciones para trabajadores. En Francia, este beneficio lo imparten las agencias de empleo (Pole Emploi) con el objetivo de apoyar la adquisición de herramientas necesarias para poder obtener un empleo. En Uruguay, quienes buscan empleo y reciben el seguro de desempleo pueden capacitarse y adecuar su preparación a las exigencias del mercado de trabajo. Para participar deberán dirigirse al Instituto Nacional, en las oficinas de la Dirección Nacional de Empleo y Formación Profesional, INEFOP (Programa Trabajadores/as en Seguro de Desempleo) o en los Centros Públicos de Empleo/DINAE en la Intendencia Municipal de su departamento.

#### CUADRO RESUMEN

### Seguros de desempleo

El acceso al beneficio de seguro de cesantía es similar en todos los países estudiados, a saber, **estar inscritos en el sistema nacional de demandantes de empleo, no estar estudiando jornada completa y no recibir pensión**. Los seguros de desempleo se entregan por un tiempo máximo. En muchos casos, los seguros de desempleo cubren también **capacitaciones para trabajadores**, como es el caso de Francia y Uruguay.

### Pensiones de invalidez y sobrevivencia

En todos los países estudiados existen esquemas que resguardan ante invalidez y sobrevivencia con pensiones asociadas al régimen contributivo de seguridad social y, en algunos casos, con prestaciones adicionales para subsidiar estas pensiones si son muy bajas, o para incluir a personas que no están cubiertas por el régimen contributivo de la seguridad social.

Las Tablas 9 y 10 resumen los requisitos de acceso a las pensiones de invalidez y de sobrevivencia contributivas, la definición de sus beneficiarios y el nivel de las prestaciones contributivas y no contributivas (de haberlas) para sobrevivencia e invalidez. Se destaca que, en la mayoría de los casos, los hijos e hijas son considerados beneficiarios de la pensión y, en caso contrario, los beneficios están asociados al número de hijos que han quedado a cargo de la persona que recibe la pensión.

En el caso de pensiones de sobrevivencia y de invalidez por accidentes de trabajo, regidas por las normativas de accidentes del trabajo, los requisitos para acceder son menores y los beneficios monetarios mayores.

TABLA 9.

### Características de las Pensiones de Sobrevivencia en Países Seleccionados

	DINAMARCA	FRANCIA	LETONIA	REINO UNIDO	REPÚBLICA CHECA	URUGUAY
• <b>Requisitos</b>	Al menos dos años de aseguramiento en el país, cohabitación o matrimonio por al menos dos años.	Contribución a la seguridad social.	15 años de contribución.	25 semanas de contribución.	Participación en el seguro social.	Participación en el seguro social, ingresos del beneficiario menores a \$173 539.
• <b>Beneficiarios</b>	Cónyuge, hijos menores de 21 años.	Cónyuge	Cónyuge, hijos menores de 18 años (24 años si estudia, sin límite de edad si hay discapacidad desde antes de los 18 años).	Cónyuge, con beneficios suplementarios si tienen hijos.	Cónyuge, hijos que no han terminado la educación obligatoria.	Cónyuge, hijos menores de 21 años, hijos y padres incapacitados para el trabajo.
• <b>Prestación contributiva</b>	Cónyuge recibe la pensión del difunto por 3 meses; sobrevivientes reciben un pago con un tope de 50 000 DKK (sujeto a impuestos); si cónyuge tiene ingresos anuales menores a 382 273 DKK recibe un pago de sobrevivencia con un tope de 14 860 DKK.	54% de la pensión que hubiese obtenido el difunto por un máximo de 2 años para beneficiarios menores de 55 años y de por vida para mayores de 55 años.	Cónyuge: 50% de la pensión de vejez que hubiese obtenido el difunto por 12 meses. Hijos: Un porcentaje de la pensión de vejez que hubiese obtenido el difunto, según el número de dependientes.	Primer pago de 2500 £ y 18 pagos mensuales de 100 £ (si difunto tiene hijos valores son de 3500 £ y 350 £).	Cónyuge: Pago mensual por un año de 50% de la pensión que hubiera recibido el difunto más un monto base de 2 550 CZK. Hijos: Pago mensual de 40% de la pensión más un monto base de 2 550 CZK.	Condiciona al ingreso del beneficiario, pago mensual por 2 años si es menor de 30 años, por 5 años entre 30 y 39 años y de por vida si tiene 40 o más años.
• <b>Prestación no contributiva</b>			Mínimo de 92,5 EUR por un hijo/a menor de 8 años, 111 EUR por hijo/a mayor de 7 años.			

Fuentes: Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, Banco de Previsión Social, Uruguay.

TABLA 10.

**Características de las Pensiones de Invalidez en Países Seleccionados**

	DINAMARCA	FRANCIA	LETONIA	REINO UNIDO	REPÚBLICA CHECA	URUGUAY
• <b>Requisitos de acceso al seguro contributivo</b>	3 años de residencia.	12 meses de afiliación con un mínimo de contribuciones u horas trabajadas.	3 años de contribución.	Contribuciones suficientes en los dos últimos años, 2 años de residencia.	Número de años de afiliación según la edad del asegurado.	Número de años de afiliación según la edad del asegurado.
• <b>Prestación contributiva y grados de invalidez</b>	Pago único en función de ingresos actuales del asegurado.	Pago mensual según nivel de discapacidad y en función del salario percibido en los últimos 10 años.	Pago mensual según grado de discapacidad, años de contribución e ingresos anteriores a la invalidez.	Pago mensual de para quienes no pueden trabajar.	Monto base mensual al que se le suma un monto variable en función del grado de invalidez y años afiliados al seguro social.	65% del sueldo básico jubilatorio.
• <b>Prestación no contributiva y grados de invalidez.</b>		Para personas de escasos recursos que ya reciben la pensión contributiva se subsidia hasta obtener un monto mínimo predeterminado.		Posibilidad de dos prestaciones pagadas cada 4 semanas (subsidio de subsistencia y subsidio de autonomía con componentes de vida cotidiana/ cuidados y movilidad).		Pensión mensual de \$11 160 para todas las personas con discapacidad severa y para las personas con ingresos personales e ingresos de familiares obligados bajo un tope.

Fuentes: Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, Banco de Previsión Social, Uruguay.

## 2.4 Conclusiones

Los países estudiados responden a diferentes modelos de bienestar, de acuerdo con la clásica distinción de Esping Andersen, y bien podrían presentar importantes diferencias entre sí que permitieran distinguir con mayor nitidez la diferencia de roles que corresponden al Estado, la familia y el mercado en la provisión de bienestar para las familias. Sin embargo, se encuentran más similitudes que diferencias. Si bien no es de extrañar la potente red universal y gratuita de protección que ofrece Dinamarca a sus ciudadanos, Reino Unido sorprende con una cuasi universal parrilla de prestaciones que se distingue por la innovación y proactividad para ir en busca de los potenciales beneficiarios. Países tan diferentes como Uruguay y Francia exhiben una estrategia integral y consistente de protección de los derechos de los niños basada en derechos. Asimismo, en República Checa y Letonia, países en los que la dimensión familiar es más relevante, destaca el apoyo a sistemas de cuidado infantil incluyendo el rol de cuidadores de los padres, y sistemas de prevención y alerta temprana de riesgos asociados a la salud o a la exclusión educativa.

Independientemente de los arreglos particulares de cada país, cabe destacar que todos ellos aportan elementos de universalidad y gratuidad para algunos temas prioritarios, en particular en educación y en salud. Las medidas que se ofrecen se hacen cargo del ciclo de vida de NNA desde antes del parto hasta entrada la adolescencia. Incorporan, por su parte, innovaciones en los módulos tradicionales de la seguridad social. Por ejemplo, salud mental, nutrición y el enfoque preventivo se han incorporado al grupo de prestaciones universales y gratuitas. Países donde no existe universalidad en las prestaciones de salud ofrecen mecanismos para reducir el impacto en el ingreso de los hogares más vulnerables, por ejemplo, mediante subsidio a los medicamentos.

En muchos países las prestaciones de protección social para NNA siguen la tradición contributiva basada en el empleo asalariado y formal de los Estados de Bienestar que excluye al sector informal. Sin embargo, todos los países contemplan mecanismo de seguridad de ingreso mediante prestaciones no contributivas como asignaciones familiares y subsidios de manutención asociados al número de hijos.

Para avanzar hacia la suficiencia de las prestaciones, muchos países consideran el número de hijos en el cálculo de las transferencias monetarias, aumentando, por ejemplo, el valor de la pensión de invalidez o sobrevivencia o el valor de los subsidios de manutención conforme los hogares tienen más NNA.

En este variado panorama de acciones resalta, sin embargo, la ausencia de políticas que hagan referencia explícita a la equidad de género en todos los países analizados. La mayoría de las políticas y programas asumen que las mujeres son la principal fuente de cuidado de NNA y ofrecen pocas alternativas para reducir este patrón.

## CUADRO RESUMEN

**Elementos destacados por país**

Francia avanza en una estrategia de protección social en infancia y adolescencia con perspectiva de ciclo de vida. Su seguro de salud es único y universal; en función de sus ingresos, las personas abonan o no la cotización requerida. Francia ofrece facilidades para controles médicos (escuelas y jardines, visitas a mujeres embarazadas) y propone un rol fundamental al médico de cabecera y a la atención primaria. En términos de la seguridad de ingresos, el valor de los subsidios depende de la composición del hogar. Francia ha incorporado el cuidado en su sistema de protección social, con énfasis en hogares con vulnerabilidad. El seguro de desempleo cubre capacitaciones.

En Uruguay destaca su estrategia nacional de cuidados. El programa Uruguay Crece Contigo garantiza cuidados y protección de mujeres embarazadas y menores de 4 años. Uruguay también ofrece seguimiento a niños hasta los dos años y seguimiento al recién nacido de alto riesgo. Por otro lado, el Banco de Previsión Social juega un rol importante en la distribución de beneficios contributivos y no contributivos a las familias con hijos.

En Dinamarca el sistema de salud es universal y gratuito. El médico de cabecera y la atención primaria juegan un rol fundamental. Dinamarca ha mostrado avances en incluir salud mental y alimentación / hábitos saludables en el paquete de prestaciones y también considera los servicios de cuidado como parte de su sistema de bienestar.

El Reino Unido ofrece salud universal con financiamiento mixto, con una estrategia comprehensiva de prevención de enfermedades en el embarazo, infancia y adolescencia, y avances en la consideración de salud mental dentro del paquete de prestaciones básicos. En términos de seguridad de ingresos, resalta el alto uso de prestaciones monetarias cuasi-universales que incluyen ayuda para el cuidado y el uso de créditos tributarios como herramienta de transferencias.

En Letonia destaca la estrategia de prevención de *bullying* en las escuelas. Destaca también la flexibilidad de tener a un pediatra como médico de cabecera para niños o un ginecólogo para mujeres embarazadas. Resalta también la larga tradición de inclusión de minorías.

Finalmente, en República Checa destaca el reconocimiento de la prevención como base del sistema de salud para NNA y la elaboración de estrategias de salud mental.

## 3. Políticas, programas y prestaciones dirigidas a la infancia y adolescencia en Chile

Este tercer capítulo examina la oferta pública a nivel central del Estado en materia de políticas, programas y prestaciones dirigidas a la infancia y adolescencia en Chile. Al igual que en el estudio comparado, se examinaron cinco dimensiones: salud, educación, alimentación, cuidado infantil e ingresos. El capítulo concluye con un análisis de brechas que consiste en una comparación cualitativa entre las iniciativas llevadas a cabo por los países incluidos en el análisis comparado y las particularidades del caso de Chile.

La metodología consistió en una búsqueda exhaustiva de políticas y programas a partir de las siguientes fuentes principales: el Banco Integrado de Programas Sociales del MDSF, registros de intervención en familias, también del MDSF, Chile Atiende, los sitios web de los Ministerios de Salud, Educación y Trabajo y Previsión Social, así como los sitios web oficiales de los subsistemas ChCC y SSyOO<sup>104</sup>.

El capítulo se organiza en tres secciones. La primera aporta antecedentes generales sobre políticas de infancia y adolescencia y protección social en Chile, la segunda presenta las políticas, programas y prestaciones en curso y la tercera analiza brechas entre la experiencia chilena y la de los países incluidos en el estudio comparado.

### 3.1 Antecedentes Generales

Desde 1990, Chile experimenta un proceso sistemático de construcción de un sistema de protección social. Progresivamente se ha avanzado desde un enfoque de safety nets a uno de derechos, combinando medidas universalistas y focalizadas (Villegas A. 2018). No obstante, solo a comienzos del siglo XXI el sistema de seguridad social tuvo un claro giro hacia un enfoque de derechos económicos y sociales (Marcel y Rivera 2008). Entre los años 2002 y 2009 se abordaron las vulnerabilidades y riesgos económicos que enfrentan personas y familias bajo una lógica de derechos garantizados por ley, lo que

104 Se analizaron los diferentes programas de acuerdo con las siguientes categorías: nombre, instituciones encargadas, objetivo general, población objetivo, población potencial, universal/focalizado, condicional/no condicional, contributivo/no contributivo, monto del beneficio y cobertura. A partir de este esquema general, algunas categorías no se aplicaron a ciertos programas, ya sea porque no aplicaban o porque no se encontró información. La descripción de cada programa incluye, por su parte, sus prestaciones específicas y toda aquella información que nos pareció relevante registrar. Para esto se utilizaron las mismas fuentes mencionadas anteriormente, además de artículos e informes académicos.

implica que toda persona que cumpla con las condiciones de elegibilidad requeridas tiene derecho a acceder a los beneficios que le correspondan, siendo el Estado quien asume los riesgos de cambios en las condiciones económicas (Larrañaga 2013). Surgen importantes reformas en salud y previsión: el sistema **AUGE**, Acceso Universal y Garantías Explícitas en salud y las pensiones solidarias orientadas a entregar un piso de ingreso a adultos mayores y personas con discapacidad. También aparece el sistema **ChCC**, que analizaremos a continuación y se amplía el porcentaje de la población elegible para acceder a subsidios del Estado al 60% de menores ingresos de la población (Larrañaga 2013). Sin embargo, existen limitaciones en el sistema, algunas de las cuales se han ido intensificando con el tiempo. Este estudio concluye, por ejemplo, que es imprescindible debatir a nivel nacional respecto a los niveles de ingresos mínimos que el Estado debe transferir para asegurar la protección social y respecto de cuáles son las necesidades de bienestar que se deben cubrir.

En materia de infancia y adolescencia, respondiendo a los compromisos asumidos por Chile al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño en 1990, se han tomado iniciativas para garantizar los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de los NNA de manera integral. En 2018 comenzó a operar la Defensoría de la Niñez, institución autónoma que tiene como objeto velar por la difusión, promoción y protección de los derechos de los niños y niñas por parte del Estado y de aquellas personas jurídicas de derecho privado que se encuentren vinculadas a estas materias. El mismo año, se crea la Subsecretaría de la Niñez del MDSF, para colaborar con el Ministerio en la elaboración de políticas y planes, coordinación de acciones, prestaciones y sistemas de gestión, promoción de derechos, diseño y administración de instrumentos de prevención, estudios e investigaciones, y la elaboración de informes para organismos internacionales<sup>105</sup>.

La actual Política Nacional de Niñez y Adolescencia y su Plan de Acción se desarrolló a través de un proceso participativo liderado por el MDSF. Plantea modificar la estructura institucional de la protección de la niñez a partir de la creación de un **Sistema de Protección Integral de Derechos de los NNA**, que considera un conjunto de órganos y mecanismos a nivel nacional, regional y local, orientados a promover y proteger los derechos y reparar el daño frente a su vulneración. El Plan tiene en cuenta las observaciones formuladas por el Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas al Estado de Chile en 2015 e

---

105 <https://www.leychile.cl/>

incorpora una visión multidimensional e integrada del bienestar infantil, en consonancia con una perspectiva de derechos y garantías a lo largo del ciclo de la vida.

Si bien la estrategia chilena para la protección integral de la infancia y adolescencia reconoce a los NNA como sujetos de derechos y concibe al Estado como garante de estos, la Constitución Política de la República no consagra derechos explícitos a favor de la infancia y adolescencia, ni a modo de catálogo ni de forma general. A treinta años de ratificada la CDN, no se cuenta con una ley de protección integral de los derechos de la niñez, aunque en la actualidad, la discusión del proyecto de ley que crea el Sistema de Garantías de Derechos de la Niñez, debiera aportar a corregir esta omisión.

La protección integral de la infancia y adolescencia forma parte de un sistema integrado de protección social que se incorpora a la institucionalidad de las políticas públicas por medio de la Ley No 20.379 de 2009. La ley define que la protección social es de carácter intersectorial y que consiste en “un modelo de gestión constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requiera de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida”.

El Sistema está compuesto por tres subsistemas: a) **Chile Solidario**, actual **SSyOO**; b) **Protección Integral a la Infancia - ChCC** y c) **Chile Cuida**, aún en proceso de institucionalización<sup>106</sup>. El Ministerio de Planificación, actual MDSF, está a cargo de la administración, coordinación, supervisión y evaluación de la implementación del Sistema. A continuación, una breve referencia a cada uno de estos subsistemas.

**SSyOO** se rige por la Ley 20.595 y busca cumplir su objetivo a través de tres componentes: acceso a servicios, acceso a prestaciones sociales (que incluyen bonos y transferencias monetarias) y acceso a programas de acompañamiento. Ese último componente, consiste en cuatro programas: **Programa Familias**, **Programa Vínculos**, **Programa Calle y Programa Abriendo Caminos**<sup>107</sup>. Como parte de la seguridad de ingresos, **SSyOO** aporta un Ingreso Ético Familiar (IEF) definido en la Ley 20.595, que comienza a operar

---

106 El año 2009, la Ley 20.379 no especifica un tercer subsistema, sino que señala que se comprenderán como subsistemas aquellos que cumplan con los requisitos de a) Atender a un grupo de familias y/o personas de carácter homogéneo, claramente identificable y vulnerable socioeconómicamente, b) Poseer un programa eje, c) Entregar prestaciones o beneficios sociales específicos que hayan sido creados por ley, y d) llevar a cabo acciones y prestaciones sociales que requieran de una gestión coordinada intersectorialmente, entre los criterios más importantes. En 2016 se instala como tercer subsistema el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC)

107 <http://www.chileseguridadesyopportunidades.gob.cl/que-es>

en febrero de 2013 (Miorelli 2018). Se trata de un conjunto de transferencias monetarias (bonos) que suplementan los ingresos autónomos de los hogares en situación de pobreza extrema<sup>108</sup> y de algunas prestaciones que se amplían al 30% más vulnerable de la población. El programa combina transferencias condicionadas y no condicionadas en base a tres pilares: 1) dignidad, que incluye transferencias no condicionadas a todas las personas que se encuentren en situación de pobreza extrema; 2) deberes, consistente en transferencias condicionadas para familias en situación de pobreza extrema cuyos hijos se encuentren con sus controles de salud al día y cumplen con la asistencia escolar; 3) logros, que prevé transferencias condicionadas dirigidas al 30% de las familias de menores ingresos, premiando a aquellos adultos que terminen cuarto medio o avancen programas de formalización laboral. El sistema provee también acompañamiento psicosocial a las familias participantes, así como programas socio-laborales<sup>109</sup>.

El IEF está orientado a conectar a las familias con el trabajo. Dos elementos reflejan esta visión: las transferencias asociadas a logros (bono por logro escolar) y la creación del componente de apoyo laboral (bono por trabajo de la mujer) incentivan el esfuerzo individual. El MDSF realiza el diagnóstico de las familias participantes, mientras que el plan de acompañamiento es llevado a cabo por el Fondo de Solidaridad, FOSIS, en alianza con el municipio respectivo (Kast 2013).

El subsistema de protección integral a la infancia **ChCC** se comienza a implementar en 2007 y se consolida a través de la Ley 20.379 en 2009. Este es el primer intento por desarrollar una política integrada de protección social dirigida a la primera infancia en Chile. Está basado en una perspectiva de derechos y plantea un conjunto de garantías que el Estado debe satisfacer (Saracostti 2010). Tiene como objetivo principal promover la igualdad de oportunidades y disminuir las brechas entre niños y niñas de distintos niveles socioeconómicos, a través de un sistema integrado de intervenciones y prestaciones que apoyen a los niños/as desde la gestación (Saab 2013; Molina Milman et al. 2018). Actualmente el sistema incorpora a los niños y niñas desde el primer control del embarazo hasta que terminen el primer ciclo de enseñanza básica (4º básico) en un establecimiento de educación pública. Es una política universal con prestaciones

---

108 Según Decreto 16 la población objetivo son hogares de mayor vulnerabilidad según instrumento de focalización (CSE del RSH) e ingresos (Y) menores a línea de pobreza extrema (LPE) o de pobreza (LP) según los siguientes 4 grupos: Hasta 10% más vulnerable e Y menor a LPE Hasta 20% más vulnerable e Y menor a LPE Hasta 10% más vulnerable e Y menor a LP Hasta 20% más vulnerable e Y menor a LP ([https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2019/PRG2019\\_3\\_63381.pdf](https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2019/PRG2019_3_63381.pdf))

109 CEPAL: Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe <https://dds.cepal.org/>

diferenciadas, es decir, mientras algunos servicios están a disposición de todos los niños o niñas, también se incorporan prestaciones específicas de acuerdo con las necesidades de cada niño o niña (Saavedra Norambuena 2015).

La coordinación y articulación de las intervenciones, programas y prestaciones de los Ministerios de Salud y Educación, JUNAEB, JUNJI y la Fundación Integra, está a cargo del MDSF<sup>110</sup>.

ChCC se financia con fondos públicos que la Ley anual de Presupuestos asigna al MDSF.. Los recursos se destinan principalmente a los Ministerios de Salud y Educación a través de acuerdos de transferencias y a las municipalidades a través de transferencias directas, especificando los estándares técnicos que las diferentes instituciones deben cumplir. Las instituciones receptoras de recursos deben reportar mensualmente sus gastos, como forma de establecer un sistema de rendición de cuentas y de retroalimentación (Molina Milman et al. 2018).

El Sistema Nacional de Cuidado, Chile Cuida (SNAC) tiene como misión acompañar, promover y apoyar a las personas dependientes y a su red de apoyo. Comprende acciones públicas y privadas, coordinadas intersectorialmente, que consideran los distintos niveles de dependencia y ciclo vital. El sistema integra acciones en el ámbito del hogar, en la comunidad o a través de instituciones, teniendo en cuenta las preferencias y necesidades específicas de adultos mayores o personas con discapacidades dependientes, sus cuidadoras/es y sus hogares. No incorpora acciones referidas al cuidado infantil. Entre sus objetivos se cuentan: promover la autonomía y prevenir la progresividad de la dependencia; mitigar barreras para distribuir la carga de trabajo de las/los cuidadores/as; supervisar el cumplimiento de estándares de calidad para servicios de apoyo y cuidado y velar por la coordinación entre diferentes entidades públicas que participan: Ministerios de Salud, del Trabajo y Previsión Social, de la Mujer y de la Equidad de Género y de Ministerio de Hacienda. También forman parte del SNAC el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y el Servicio Nacional de la Discapacidad.

En el año 2016 el Ministerio de Desarrollo Social identificó y seleccionó a las comunas que serían parte de la primera fase de implementación del modelo de gestión del **Programa Red Local de Apoyos y Cuidados**, el cual se constituye como la puerta de entrada al Chile Cuida. Del total de comunas del país (346), hasta la fecha, el sistema opera en solo 22 comunas.

## 3.2 Políticas, Programas y Prestaciones dirigidas a la Infancia y Adolescencia

### 3.2.1 Salud

La Constitución chilena reconoce el derecho a la salud y el deber del Estado como protector y coordinador del acceso libre e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de salud. El Estado debe garantizar la ejecución de las acciones de salud, ya sea a través de organizaciones públicas o privadas, y cada persona puede elegir el sistema al cual desee acogerse<sup>111</sup>. En este marco, el sistema chileno de salud puede considerarse como un sistema mixto o dual, tanto en términos de los seguros como de la prestación de servicios, integrando en su financiamiento componentes contributivo y no contributivos.

El gasto público en salud en Chile ha experimentado un aumento a lo largo de la década, llegando a un 4.9% del PIB hacia el año 2018 según datos de la CEPAL, situándose significativamente por sobre el resto de los países latinoamericanos<sup>112</sup>. Sin embargo, este valor es todavía menor al recomendado por la OMS, de 6% (Saab 2013), y menor al promedio de países OCDE (5,3% en 2017)<sup>113</sup>. Destaca especialmente el hecho de que el gasto público en salud representa cerca de la mitad del gasto total en salud, ya que el gasto privado, en forma de copago de bolsillo en la atención médica y en medicamentos, es parte importante del financiamiento del sistema (Koch, Cid Pedraza, y Schmid 2017). El gasto total per cápita en salud en 2017 fue de \$879 mil, de los cuales \$439 mil representa gasto privado de las familias, que incluye el 7% de las cotizaciones obligatorias ISAPRES, cotizaciones adicionales ISAPRES, seguros complementarios a empresas de seguros y gasto de bolsillo<sup>114</sup>.

#### **Acceso Universal a la Salud**

El Sistema Nacional Integrado de Salud garantiza el derecho a la protección de salud de todos los habitantes del país, a través de un Seguro Nacional de Salud, financiado por el FONASA, extendiendo obligatoriamente la cobertura médica de los trabajadores (dependientes, independientes y pensionados) a su

111 Leychile.cl

112 <https://observatoriosocial.cepal.org/>

113 <https://www1.compareyourcountry.org/social-expenditure>

114 <http://ies.minsal.cl/>

núcleo familiar: hijos a cargo menores de 18 años o mayores con discapacidad, propios así como los del cónyuge o conviviente, cuando no estén amparados por sus padres biológicos o adoptivos y el cónyuge o conviviente no posea por sí mismo la cobertura médica del Seguro Nacional de Salud, además de personas indigentes o carentes de recursos. FONASA se financia a través de cotizaciones obligatorias, aportes fiscales y co-pagos por parte de los pacientes. Se trata de un seguro único de salud. Los beneficiarios se clasifican en cuatro tramos de ingreso para determinar las bonificaciones y copago, desde un primer tramo de personas carentes de ingreso a un cuarto tramo de \$ 465.00 y más<sup>115</sup>.

Según CASEN 2017, FONASA, atiende a un 78% de la población chilena, ISAPRES a un 14,4% y el sistema de las FFAA a un 2,8%. También un 2,8% señala no contar con seguro de salud. En el tramo de edad desde 0 a 9 años, un 79,2% está en FONASA, mientras que entre los 10 y 17 la proporción es de 79,9%<sup>116</sup>.

Desde 2004, el sistema incorpora el **AUGE** (Acceso Universal con Garantías Explícitas), que garantiza la atención, tratamiento y control de una lista de 85 enfermedades. Dentro de estas patologías se encuentran aquellas relacionadas con el parto prematuro y enfermedades de recién nacidos. Se trata de un programa universal, accesible para afiliados a cualquier seguro, que se financia principalmente por impuestos generales y por la cotización obligatoria, en algunos casos con copago del beneficiario. Contempla gratuidad para los primeros tramos de FONASA, 10% de copago para el siguiente tramo y 20% para el último tramo de FONASA e ISAPRES.

En 2015 se suma al sistema la **Ley Ricarte Soto**<sup>117</sup>, que protege financieramente a los pacientes con enfermedades de alto costo, tanto del sistema público como privado, sin tomar en cuenta su situación socioeconómica. **Financia** diagnósticos y tratamientos basados en medicamentos, dispositivos médicos y alimentos con efectividad probada, que muchas veces suelen tener costos inalcanzables para las personas y sus familias.

115 [https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticia/nuevos\\_tramos\\_Fonasa\\_2020](https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticia/nuevos_tramos_Fonasa_2020)

116 <https://www.minsal.cl/>

117 Ley N°20.850, promulgada el 01 de junio de 2015. Consiste en un Sistema de Protección Financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo al periodista y comunicador Ricarte Soto.

TABLA 11.

## Programas asociados a Acceso Universal a Salud

Nombre del Programa	Institución responsable	Objetivo general	Población Potencial	Población Objetivo	Universal / Focalizado	Contributivo / No contributivo
FONASA	Ministerio de Salud	Garantizar el derecho a la protección de salud de todos los habitantes del país.	Toda la población	Toda la población	Universal	Mixto
Plan AUGE	Ministerio de Salud	Garantizar acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de atención de salud.	Toda la población	Toda la población	Universal	Mixto
Ley Ricarte Soto	Ministerio de Salud	Proteger financieramente a pacientes.	Toda la población	Toda la población	Universal	Mixto

### Prevención

En términos de prevención, el sistema ofrece una serie de programas no contributivos o mixtos, algunos de ellos universales y de alta cobertura, orientados a prevenir problemas de salud específicos o a asesorar a los NNA y sus familias frente a situaciones de riesgo, como el consumo de drogas y el embarazo adolescente.

El **Programa Nacional de Inmunizaciones**<sup>118</sup>, y los exámenes de medicina preventiva del plan Auge se encuentran garantizados para todos los niños y niñas independientemente del tipo de seguro de salud<sup>119</sup>. El **Control del Niño Sano**, por su parte, es un programa gratuito ofrecido por la atención primaria de salud para niños y niñas, que incluye controles mensuales durante el primer año, bi o trimestrales hasta los dos años y luego semestrales hasta los 9 años<sup>120</sup>. Se trata de un programa universal, garantizado para niños que se atienden en el sector público. Complementariamente, el **Control del Niño Sano en Establecimientos Educativos** es un programa focalizado territorialmente en ciertas comunas de alta cobertura<sup>121</sup>. **Servicios Médicos de JUNAEB**, que pesquisa y entrega atención completa a escolares con problemas visuales, auditivos y de columna, por su parte, presenta una cobertura significativamente más baja<sup>122</sup>.

En salud bucal, Chile cuenta con programas que previenen problemas dentales desde los primeros años hasta el final de la educación básica. El programa

118 <https://www.minsal.cl/programa-nacional-de-inmunizaciones/>

119 <https://www.minsal.cl/examen-medicina-preventiva/>

120 <https://www.minsal.cl/>

121 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/59203/2019/3>

122 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/585/2019/3>

**Sembrando Sonrisas** permite acceder a un plan gratuito para todos los niños y niñas de entre dos y cinco años que asistan a establecimientos de la JUNJI y Fundación Integra y a niños de prekínder y kínder en establecimientos seleccionados. Consiste en la visita de un odontólogo que educa con la entrega de cepillo y pasta dental infantil, realiza un examen de salud oral y aplica flúor barniz dos veces al año<sup>123</sup>. El **Programa de Salud Bucal**, por su parte, incorpora a niños desde prekínder hasta octavo básico del sistema público de educación en establecimientos seleccionados. Consiste en instalar un módulo de atención para la realización de un examen y diagnóstico, sesiones educativas y tratamiento. Además, considera la entrega de leche con flúor a los alumnos que reciben el **Programa de Alimentación Escolar de JUNAEB** en establecimientos educacionales rurales sin acceso a agua potable fluorada<sup>124</sup>.

Los programas orientados a la adolescencia son más reducidos y no consideran criterios universales, como el **Programa Mujer, Sexualidad y Maternidad**, que desde 2019 ofrece orientación y talleres que contribuyen a la reflexión sobre sexualidad y maternidad responsable en 32 comunas del país<sup>125</sup>, y el **Programa Actuar a Tiempo**, focalizado en NNA en riesgo, que se orienta a la prevención del consumo de alcohol y drogas mediante diagnóstico y plan de intervención, intervenciones preventivas y la derivación a redes locales<sup>126</sup>.

El subsistema ChCC, por su parte, coordina y entrega los programas relacionados con la gestación y los primeros meses de vida. La puerta de entrada al subsistema es el **Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial** (PADB), que desde su implementación en 2007 ha aumentado su cobertura progresivamente a las familias con hijos menores de 9 años del sistema público de salud, a los cuales se atiende desde la gestación<sup>127</sup>. Ofrece servicios personalizados a nivel de atención primaria y hospitalaria en cinco áreas: fortalecimiento de los cuidados prenatales, atención personalizada del proceso de nacimiento, atención integral del niño hospitalizado, fortalecimiento del control de salud de los niños y niñas.

123 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/59464/2019/3>

124 [https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2019/PRG2019\\_3\\_59464.pdf](https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2019/PRG2019_3_59464.pdf)

125 [https://www.sernameg.gob.cl/?page\\_id=26830](https://www.sernameg.gob.cl/?page_id=26830)

126 [https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2019/PRG2019\\_3\\_60237.pdf](https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2019/PRG2019_3_60237.pdf)

127 Hasta 2017 se incluían niños de hasta 4 años.

Se trata de prestaciones complementarias a las que ofrece el sistema público de salud y considera intervenciones diferenciadas para niños vulnerables<sup>128</sup>.

El **Programa de Apoyo al Recién Nacido** (PARN) se implementa en todas las maternidades públicas del país desde 2009, alcanzando un 100% de cobertura<sup>129</sup>. Consta de dos componentes: un set de implementos (materiales de aseo, muda, cuidado de la piel) que se entrega a las familias al momento del alta hospitalaria y un componente educativo, a través de talleres prenatales y materiales para informar respecto al uso adecuado de los implementos y nociones básicas de crianza con enfoque respetuoso.

TABLA 12.

**Programas asociados a Prevención en Salud de NNA**

Nombre del Programa	Institución Responsable	Objetivo general	Población objetivo	Universal/ Focalizado	Contributivo/No contributivo	Cobertura respecto a población potencial
Exámenes de medicina preventiva AUGE	MINSAL	Detectar a tiempo y permitir un mejor pronóstico	Toda la población que presenta las patologías consideradas	Universal	Mixto	
Programa Nacional de Inmunizaciones	MINSAL	Minimizar riesgo de enfermar	Niños hasta octavo básico, embarazadas y tercera edad	Universal	No contributivo	Sobre el 95% (2017) <sup>130</sup>
Control del Niño Sano	MINSAL	Mejorar pesquisa de alteración en su crecimiento y desarrollo	Niños y niñas menores de 9 años que se atienden en el sistema público de salud	Universal	No contributivo	
Control del Niño Sano en Establecimientos Educativos	MINSAL	Promover la salud del niño y la niña	Comunas con población inscrita mayor a 30.000, % de obesidad y vulnerabilidad mayo a la media nacional	Focalizado	No contributivo	88,7%
Servicios Médicos JUNAEB	Ministerio de Educación, JUNAEB	Atención de problemas de oftalmología, otorrino y columna.	Focalizado en ciertos cursos de acuerdo a prevalencia de problemas de salud.	Focalizado	No contributivo	11,26%
Programa Sembrando Sonrisas	MINSAL	Promover hábitos de higiene y alimentación.	Seleccionados según sistema de asignación con equidad.	Focalizado	No contributivo	54,24%
Salud Bucal	MINSAL JUNAEB	Promoción de salud bucal.	Establecimientos de comunas seleccionadas según vulnerabilidad y prevalencia.	Focalizado	No contributivo	8,09%

128 <http://www.crececontigo.gob.cl/>

129 [programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl](http://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl)

130 Para detalles [https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/07/Informe-de-Coberturas\\_2017\\_enero-diciembre-preliminar.pdf](https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/07/Informe-de-Coberturas_2017_enero-diciembre-preliminar.pdf)

<b>Programa mujer, sexualidad y maternidad</b>	SERNAM	Entregar a orientación y sobre sexualidad y maternidad.	Comunas seleccionadas	Focalizado	No contributivo	S/I
<b>Actuar a Tiempo: Establecimientos Libres de Drogas</b>	Ministerio del Interior, SENDA	Evitar consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	Establecimientos que se encuentren en comunas SENDA-Previene.	Focalizado	No contributivo	1,48%
<b>Programa de Apoyo al Desarrollo Psicosocial</b>	MDSF	Lograr un desarrollo integral de los niños en su primera infancia.	Niños y niñas entre 0 y 9 años y gestantes que se atienden en los servicios públicos de salud del país.	Universal	No contributivo	63,11%
<b>Programa de Apoyo al Recién Nacido</b>	MDSF Subsecretaría de servicios sociales	Potenciar el desarrollo integral de niños y niñas.	Niños y niñas que nacen en establecimientos de la red pública de salud y sus familias.	Universal	Mixto	100%

**Acceso a Salud para NNA en Situación de Discapacidad o Vulnerabilidad**

ChCC considera un conjunto de prestaciones garantizadas de acceso preferencial para niños y niñas que presenten alguna vulnerabilidad especial (como la discapacidad) y/o que pertenezcan al 60% más pobre según el Registro Social de Hogares (RSH). Incluyen, por ejemplo, la atención integral para niños y niñas con rezago y ayudas técnicas para niños y niñas con discapacidad<sup>131</sup>. **El Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil** busca que niños y niñas en primera infancia superen el rezago, riesgo de retraso o riesgo biopsicosocial, para lo que se realiza una pesquisa activa a los 8, 18 y 36 meses de edad, para luego establecer un plan de intervención en el caso de ser necesario. El programa contempla, además, fortalecer las competencias parentales a través del taller “Nadie es Perfecto”<sup>132</sup>.

Por su parte, los programas destinados a los NNA con discapacidad son, en general, focalizados según criterios socioeconómicos. Desde 2017 la **Red Local de Apoyos y Cuidados** contribuye a que NNA con dependencia accedan a los servicios y prestaciones sociales de apoyos y cuidados de manera integral, oportuna y articulada, de acuerdo con sus características y necesidades<sup>133</sup>.

**ChCC** aporta **Ayudas Técnicas**, implementos requeridos para prevenir la progresión de discapacidad y mejorar la funcionalidad a niños y niñas entre los 0 y 4 años de edad y que pertenecen a los hogares del 60% de menos recursos

131 <http://www.crececontigo.gob.cl/>  
 132 [https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2019/PRG2019\\_3\\_59210.pdf](https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2019/PRG2019_3_59210.pdf)  
 133 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/63383/2019/3>

de acuerdo al Registro Social de Hogares (RSH). A partir de los 4 años, el acceso a ayudas técnicas se realiza a través del SENADIS, siendo necesario pertenecer al subsistema SSyOO o al 70% más vulnerable, además de estar inscrito en el registro nacional de discapacidad<sup>134</sup>.

TABLA 13.

### Programas de Salud para NNA con Discapacidad o Vulnerabilidad

Nombre del Programa	Instituciones Responsable	Objetivo general	Población Objetivo	Universal/ Focalizado	Cobertura respecto a población potencial
Fondo de Apoyo al Desarrollo Infantil	MDSF	Recuperar normalidad en desarrollo.	Niños y niñas entre 0 y 4 años que se atienden en el sistema público de salud que presentan riesgo de retraso, rezago manifiesto o riesgo biopsicosocial.	Focalizado	36,52%
Red Local de Apoyos y Cuidados - SNAC	MDSF	Promoción de autonomía.	Que pertenezcan al 60% de la calificación socioeconómica declarada en RSH.	Focalizado	0,49%
Ayudas Técnicas	MDSF	Prevenir progresión de discapacidad y mejorar funcionalidad.	ChCC: hogares del 60% de menos recursos de acuerdo al Registro Social de Hogares. Regular: 70% más vulnerable o al subsistema SSyOO.	Focalizada	S/I

### Salud Mental

ChCC dispone de un programa de Apoyo a la **Salud Mental Infantil** alojado en la salud primaria, para niños y niñas entre 5 y 9 años con trastornos tales como conducta hiperquinética y de atención y actividad que no se encuentren en tratamiento. Se trata del único programa de salud mental dirigido especialmente a niños y niñas. Se realiza en 23 comunas seleccionadas según criterios de prevalencia y vulnerabilidad<sup>135</sup>.

Por su parte, la **Atención en Salud Mental** a través del diagnóstico y tratamiento integral en la red de salud pública, es un servicio focalizado, disponible para los NNA de los programas **Abriendo Caminos** y **Calle**, en algunas comunas de la Región Metropolitana. Dependiendo del nivel de complejidad, los usuarios se atenderán en un centro de atención primaria (CESFAM) o de especialidad (COSAM). El programa incluye atenciones individuales y grupales, vistas, talleres, coordinaciones intersectoriales y gestión de redes a cargo del equipo especializado y fármacos cuando se requieran<sup>136</sup>.

134 [https://www.senadis.gob.cl/pag/569/1649/proceso\\_de\\_financiamiento\\_ayudas\\_tecnicas\\_2020](https://www.senadis.gob.cl/pag/569/1649/proceso_de_financiamiento_ayudas_tecnicas_2020)

135 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/60312/2019/3>

136 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/59213/2019/3>

El **Programa Nacional de Prevención del Suicidio** atiende desde 2015 a las personas detectadas con riesgo de suicidio y de implementa en cuatro regiones<sup>137</sup>.

TABLA 14.

**Programas de Salud Mental para NNA**

Nombre del Programa	Instituciones encargadas	Objetivo general	Población objetivo	Universal/ Focalizado	Cobertura respecto a población potencial
<b>Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil – ChCC</b>	MDSF	Contribuir a desarrollo biopsicosocial.	Niños y niñas entre 5 y 9 años, que se atienden en el sistema público de salud, que presenten un problema o trastorno de salud mental y que no estén recibiendo tratamiento.  Comunas seleccionadas.	Focalizado	7,33%
<b>Programa Apoyo a la Atención en Salud Mental</b>	MDSF	Reducir barreras de acceso a atención de salud mental.	Personas diagnosticadas en situación de calle, hombres y mujeres mayores de 18 años, y las niñas, niños y jóvenes (entre 10 y 19 años) con adulto significativo privado de libertad, y/o sus cuidadores.	Focalizado	5,07%
<b>Programa Nacional de Prevención del Suicidio</b>	Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública.	Prevenir el suicidio.	Regiones seleccionadas	Focalizado	6,81%

**3.2.2 Alimentación y Nutrición**

En la dimensión de alimentación y nutrición, la oferta en Chile para NNA incluye una serie de programas, dentro de los cuales el **Programa de Alimentación Complementaria**, PNAC, es el más antiguo (1954). Se trata de un sistema de distribución de alimentos gratuito y condicional a controles de salud y vacunas, dirigido a madres gestantes y menores de 6 años de todo el país, además de personas con enfermedades metabólicas y niños menores de 2 años con alergia a la proteína de la leche de vaca<sup>138</sup>. Hasta el año 2002, el objetivo principal era mejorar la salud de mujeres gestantes para así contribuir al desarrollo fetal y a la salud de lactantes. Se agrega desde entonces un enfoque en la calidad de los alimentos (Saab 2013), además de incorporarse nuevos servicios, como atención a niños/as con alergia a la proteína de la leche. Consiste en la entrega leche en polvo instantánea con alto porcentaje de grasa y fortificada para niños y niñas menores de 18 meses; alimento en polvo para bebida láctea en base a leche descremada y cereales para niños y niñas desde los 18 meses; alimento en polvo para bebida láctea instantánea baja en grasa y fortificada para embarazadas

137 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/59461/2019/3>

138 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/60450/2019/3>

y nodrizas; alimento en polvo para preparar sopa infantil en base a cereales y legumbres para niños y niñas desde los 5 meses. Además, considera fórmula especial para prematuros; fórmula especial para niños y niñas con alergia a la lactosa<sup>139</sup>. La DIPRES ha evaluado como deficiente este programa, entre otras razones, por la disminución sistemática de sus beneficiarios efectivos atribuible al aumento del PIB, lo que se refleja en su baja cobertura en relación con la población objetivo<sup>140</sup>.

Un segundo programa de alta antigüedad es el **Programa de Alimentación Escolar, PAE**, existente desde 1964, que entrega servicios de alimentación, según necesidades nutricionales, a estudiantes del sistema educacional municipal y particular subvencionado pertenecientes al 60% más vulnerable de la población. Se trata de una ración diaria de alimentación a escolares de educación preescolar, básica y media, compuesta por: desayuno, almuerzo y/u once. Cubre alrededor de un tercio de las necesidades nutricionales del día de los escolares de enseñanza básica y media y entre un 45 y un 50% de los requerimientos de los preescolares<sup>141</sup>. Este programa se complementa con una colación (tercer servicio) para los beneficiarios del subsistema **SSyOO**<sup>142</sup>.

El sistema **Elige Vivir Sano** busca promover hábitos y estilos de vida saludables a través de la alimentación saludable, actividad física, vida al aire libre y vida en familia. Incluye la **Estrategia Nacional Cero Obesidad**, que busca detener el aumento de la obesidad en NNA del país al año 2030, construida sobre los principios de intersectorialidad, visión de mediano y largo plazo, consistencia con los ODS, enfoque socio-sanitario, enfoque sistémico y por entornos, base en evidencia científica disponible y trabajo en terreno<sup>143</sup>. Considera los programas **Elige Vida Sana**, de **Vigilancia y Fiscalización de Ambientes Alimentarios y Escuelas Saludables para el Aprendizaje**.

El programa **Elige Vida Sana** busca atender desde 2010 a personas del sistema público de salud con factores de riesgo como sedentarismo, alimentación inadecuada, consumo de alcohol y tabaco, que tienen como resultado

139 <https://www.minsal.cl/pnac-informacion-relevante/>

140 [http://www.dipres.gob.cl/597/articulos-141221\\_informe\\_final.pdf](http://www.dipres.gob.cl/597/articulos-141221_informe_final.pdf).

141 [https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2019/PRG2019\\_3\\_60159.pdf](https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2019/PRG2019_3_60159.pdf)

142 <https://www.junaeb.cl/programa-de-alimentacion-escolar>

143 <http://eligevivirsano.gob.cl/sobre-nosotros/>

enfermedades no transmisibles. Para esto, el programa considera un plan único que tiene una duración de 12 meses con un enfoque nutricional y de actividad física. Se inicia con un control de ingreso abordado por una consulta médica, nutricional, psicológica y de actividad física, para luego establecer una estrategia. Se realizan controles de seguimiento al 3º, 6º, 9º y 12º mes de intervención. El programa cuenta con 2 componentes: el primero considera NNA entre 2 y 19 años, incluyendo las mujeres adolescentes post parto; y el segundo adultos de 20 a 64 años. El programa define un número determinado de cupos<sup>144</sup>.

Creado en 2016, el **Programa de Vigilancia y Fiscalización de Ambientes Alimentarios** busca mejorar el ambiente alimentario al que están expuestos los niños y niñas de 2 a 14 años, a través de vigilancia, fiscalización y educación respecto de la oferta, disponibilidad, marketing e información de los alimentos. Específicamente, busca vigilar y fiscalizar el rotulado, venta y marketing de alimentos a través de las SEREMIS de salud y las comunidades educativas. Se dirige prioritariamente a NNA de establecimientos vulnerables<sup>145</sup>.

Por último, el **Programa Escuelas Saludables para el Aprendizaje** está orientado a resolver los problemas de sedentarismo, obesidad, higiene bucal y sobrepeso en la población preescolar y escolar básica, perteneciente a establecimientos educacionales del sistema público, mediante la implementación de actividades que favorezcan estilos de vida saludables (actividad física, alimentación saludable y salud bucal). El programa es ejecutado por municipalidades y corporaciones municipales, quienes postulan a través de la presentación de proyectos comunales bianuales en las direcciones regionales respectivas. Se prioriza a escuelas con alto índice de vulnerabilidad escolar. Las actividades consisten, por ejemplo, en la instalación de kioscos saludables, huertos comunitarios, charlas de cocina saludables e inocuidad alimentaria para niños y padres, campeonatos deportivos comunales, recreos saludables, talleres de técnicas de cepillado e higiene bucal, caminatas familiares al aire libre y talleres de baile entretenido, entre otros<sup>146</sup>.

---

144 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/59471/2019/3>

145 [https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2019/PRG2019\\_3\\_60443.pdf](https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2019/PRG2019_3_60443.pdf)

146 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/554/2019/3>

TABLA 15.

**Programas de Alimentación y Nutrición para NNA**

Nombre del Programa	Instituciones Responsables	Objetivo General	Población objetivo	Universal/ Focalizado	Cobertura respecto a población potencial
PNAC	MINSAL	Mantener el óptimo estado nutricional de gestantes, mujeres que amamantan, niños/as y personas con enfermedades metabólicas.	Gestantes, mujeres que amamantan, niños/as menores de 6 años, personas con enfermedades metabólicas y niños menores de 2 años con alergia a la proteína de la leche de vaca	Universal	100%
PAE	Ministerio de Educación, JUNAEB	Entregar servicios de alimentación.	Establecimientos adscritos al PAE, pertenecientes al 60% más vulnerable; matrícula completa de los párvulos de establecimientos JUNJI; adultos según focalización de MINEDUC.	Focalizado	55,49%
Elige Vida Sana	MINSAL	Disminuir los factores de riesgo como sobrepeso, obesidad y sedentarismo.	Comunas seleccionadas según prevalencia y por grupos de edad.	Focalizado	S/I
Programa de vigilancia y fiscalización de ambientes alimentarios	MINSAL	Mejorar el ambiente alimentario al que están expuestos los niños	De acuerdo a índice de vulnerabilidad escolar de escuelas.	Focalizado	33,33%
Escuelas Saludables para el Aprendizaje	Ministerio de Educación, JUNAEB	Promover estilos de vida saludable.	Adjudicación supeditada a la evaluación por parte de una comisión. Cantidad de establecimientos determinada por disponibilidad presupuestaria definida en la ley de presupuesto.	Focalizado	4,13%

**3.2.3 Educación**

La Constitución de la República establece que el Estado tiene el deber de promover el desarrollo de la educación en todos los niveles (incluido el preescolar) y financiar un sistema gratuito que asegure la cobertura de toda la población. La Ley General de Educación, LGE, tiene como función mediar la relación entre el Estado y los privados, definiendo las obligaciones de cada uno, protegiendo la libertad de enseñanza y la calidad de la educación entregada (Saab 2013).

El sistema es descentralizado a los sistemas locales de educación y mixto, incluyendo la provisión pública y privada del servicio educativo. La mayoría de la educación entregada por entes privados es financiada por el Estado en un marco de educación particular subvencionada, mientras que el resto del sistema privado se financia totalmente por los padres o apoderados. Las escuelas públicas y las subvencionadas reciben aportes del Estado en relación con la matrícula y asistencia diaria de los alumnos. Ninguna de las escuelas que reciben aportes del Estado pueden recibir pago por parte de las familias. Según datos de 2019, un 35% de los estudiantes asisten a la educación pública; el 55% a

la educación particular subvencionada y un 9% a la particular pagada<sup>147</sup>. Los resultados educativos medidos por la prueba SIMCE de lectura, matemática y ciencias muestran una brecha significativa y persistente a favor de los niveles socioeconómicos más altos<sup>148</sup>.

Actualmente, forman parte del sistema educación, la educación parvularia (0-5 años), básica (6-13 años) y secundaria (14-17), siendo obligatoria la asistencia a educación básica y media, es decir, 12 años de escolaridad.

TABLA 16.

### Programas de Cobertura del Sistema de Educación

Nombre del Programa	Instituciones Responsables	Objetivo general	Población objetivo	Universal Focalizado
Educación pública y subvencionada con financiamiento estatal	Ministerio de Educación	Promover el desarrollo de la educación en todos los niveles (incluido el preescolar) y financiar un sistema gratuito que asegura la cobertura de toda la población.	NNA en etapa preescolar y escolar.	Universal

### Educación para NNA vulnerables, en Situación de Discapacidad y con Necesidades Educativas Especiales

Entre los programas dirigidos a apoyar a estudiantes vulnerables, el más relevante en términos de incidencia, es la **SEP**, que desde 2008 apunta a mejorar la calidad de la educación pública y subvencionada, y se basa en subsidios entregados a los establecimientos de acuerdo con el número de alumnos y alumnas vulnerables a través de una subvención por número de alumnos prioritarios o vulnerables y otra por porcentaje de alumnos prioritarios o vulnerables. Con la Ley de Inclusión Escolar de 2015, se incrementa la subvención escolar preferencial en un 20% para todos los establecimientos que cuentan con SEP, se establece la categoría de alumnos preferentes para los alumnos del 3º y 4º quintil de establecimientos gratuitos que cuenten con SEP, por un monto equivalente a ½ SEP y se crea el aporte de gratuidad, que corresponde a 0,45 USE en la actualidad, para alumnos de establecimientos gratuitos, con convenio SEP vigente y cuyo sostenedor es una persona jurídica sin fines de lucro.

Los programas focalizados denominados **Habilidades para la Vida**, en sus distintas versiones (todas operando actualmente) buscan proteger a estudiantes

147 <http://datosabiertos.mineduc.cl/>

148 <https://www.agenciaeducacion.cl/evaluaciones/que-es-el-simce/>

con riesgo socioeducativo. En sus versiones I y II, implementadas desde 1998, buscan enfrentar problemas psicosociales y de salud mental y conductas de riesgo que dificultan el desempeño y éxito en el sistema educacional de estudiantes de hasta 8° básico, en base a un modelo de intervención que promueve la convivencia escolar positiva, el autocuidado de la salud mental del profesor y equipos directivos y el compromiso escolar familiar. El programa también se ocupa de la prevención para estudiantes con conductas de riesgo y derivación a programas de salud mental de los casos identificados<sup>149</sup>.

Creada en 2009, **Habilidades para la Vida III** tiene menor cobertura que sus predecesores. Busca resolver el problema de la deserción y el abandono escolar, proporcionando herramientas de apoyo psicosocial que promuevan factores protectores en estudiantes con riesgo socioeducativo. El primer tipo de apoyo tiene un enfoque preventivo y promocional y atiende durante 2 años a estudiantes cuyas familias pertenezcan al subsistema SSyOO, a través de intervenciones de tipo individual y grupal. El segundo, se entrega durante todo el año escolar directamente en los establecimientos educacionales, mediante la ejecución de atenciones grupales e individuales a estudiantes y talleres con la comunidad escolar. Se ejecuta por terceros: municipio, universidad o centro de formación<sup>150</sup>. Los **Programas de Integración Escolar, PIE**, tienen el propósito de contribuir al mejoramiento de la calidad de la educación de niños y niñas en situación de discapacidad, sean permanentes o transitorias. Funciona a través de una subvención que se entrega a los establecimientos por cada estudiante con discapacidad. Es optativo para los establecimientos educacionales y requiere de una postulación al Ministerio de Educación. Puede postular un establecimiento o un grupo de ellos. El **Programa de Apoyo a la Retención Escolar (PARE)** proporciona herramientas de apoyo psicosocial que promueven factores protectores en estudiantes con riesgo socioeducativo. Entrega dos tipos de apoyo: el primero tiene un enfoque preventivo y atiende durante 2 años a estudiantes que presentan condición de madre, padre y/o embarazo, a través de intervenciones de tipo individual y grupal. El segundo se entrega durante todo el año escolar directamente en los establecimientos, mediante atenciones grupales

---

149 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/571/2019/3> y <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/575/2019/3>

150 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/548/2019/3>

e individuales con estudiantes y talleres con la comunidad escolar<sup>151</sup>. Con el mismo objetivo, y con baja cobertura relativa, la **Beca de Apoyo a la Retención Escolar**, dirigida a estudiantes de educación media con riesgo socioeducativo, entrega un aporte económico al estudiante, de libre disposición, por un monto anual de \$182.500, distribuido en cuatro cuotas. A los estudiantes que renuevan su beneficio se les asegura continuidad, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asistencia y matrícula<sup>152</sup>.

En 2016, el programa intersectorial **Aulas del Bien Estar** se propuso enfrentar los efectos de las condicionantes biopsicosociales que afectan a los NNA y jóvenes en el sistema educativo y a su comunidad educativa, y que dificultan el proceso de aprendizaje-enseñanza. El programa promueve la generación de competencias territoriales (en los establecimientos y regiones) para el logro de intervenciones que favorezcan la contención de dichas condicionantes, entregando herramientas de gestión y formación específica para quienes trabajan en estas temáticas. El programa está focalizado en ciertos establecimientos según cuotas regionales<sup>153</sup>.

El **PACE, Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo a la Educación Superior**, busca apoyar a jóvenes vulnerables económicamente que enfrentan barreras de formación académica, bajas expectativas, poca información vocacional y escaso financiamiento que los excluyen de acceder a la educación superior. Para esto, el programa acompaña, desde 2014, a los estudiantes durante toda la educación media, y luego los apoya con nivelación académica y acompañamiento psicosocial para la retención<sup>154</sup>.

La **Beca Indígena**, existente desde 1991 y focalizada en ciertas regiones, busca resolver las dificultades de acceso y de continuidad de estudios que enfrentan los indígenas vulnerables, a través de la entrega de un monto de libre disposición, según nivel educacional, para financiar el arriendo de una pieza, pensión o vivienda en la ciudad donde realiza sus estudios superiores, en diez cuotas mensuales. El monto difiere según la región de domicilio familiar de los jóvenes<sup>155</sup>.

---

151 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/1000548/2017/3>

152 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/513/2019/3>

153 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/60267/2019/3>

154 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/60153/2019/3>

155 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/509/2019/3>

La **Beca Presidente de la República** premia desde 1981 el rendimiento académico de alumnos vulnerables socioeconómicamente. Entrega un monto mensual, por diez cuotas. Se postula desde primero medio a cuarto medio y se puede renovar en los años siguientes<sup>156</sup>.

Buscando enfrentar el aislamiento territorial, el programa **Residencia Familiar Estudiantil** (1991) está dirigido a estudiantes de educación media y superior que presenten aislamiento geográfico o ruralidad y que no cuenten con oferta educativa disponible, o con oferta educativa de su interés, para continuar sus estudios. Se ejecuta bajo la supervisión de las direcciones regionales de la JUNAEB en todo el país, a través de entidades ejecutoras, en su mayoría municipios, quienes ubican a los estudiantes en casas de familias tutoras durante el período de estudio para que reciban alojamiento, alimentación y cuidados básicos<sup>157</sup>. Con una lógica similar, la **Beca de Integración Territorial**, busca apoyar a estudiantes territorialmente aislados, de escasos recursos y de buen rendimiento académico. La beca consiste en la entrega de asignaciones mensuales de libre disposición y a una asignación de traslado de un monto establecido según lugar de residencia. El programa se implementa en las regiones de Valparaíso, Los Lagos, Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, Magallanes y Antártica Chilena<sup>158</sup>.

**Hogares JUNAEB**, implementada desde 1964, brinda apoyo a estudiantes en condiciones de vulnerabilidad de niveles de educación básica, media y superior que, en su lugar de origen, no cuentan con oferta educacional o esta no responde a sus intereses. JUNAEB dispone de 17 hogares, no adscritos a ningún establecimiento educacional específico, que cubren el problema en una proporción baja o insuficiente. El programa se implementa en las regiones de Atacama, Coquimbo, O'Higgins, Maule y La Araucanía<sup>159</sup>.

Por último, y desde una lógica universal, la **Tarjeta Nacional Estudiantil** es un beneficio administrado por JUNAEB que acredita la calidad de estudiante regular de enseñanza básica, media o superior y que hace efectiva la gratuidad o rebaja

---

156 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/497/2019/3>

157 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/468/2019/3>

158 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/505/2019/3>

159 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/139/2019/3>

en el pago de la tarifa de los servicios de locomoción colectiva<sup>160</sup>. Es un beneficio que llega a más de 2 millones de estudiantes del país<sup>161</sup>.

En términos de inclusión de inmigrantes, el único programa que aparece con información suficiente es el de **Identificador Provisorio Escolar (IPE)**. Se trata de la asignación de un número único por parte del Ministerio de Educación a todos los NNA y adultos extranjeros, que no cuenten con RUN y que deseen incorporarse al sistema escolar chileno, en cualquiera de sus niveles de educación regular, incluyendo la educación parvularia y educación especial. El IPE permite participar de los procesos de admisión, matricularse y certificar los estudios realizados en Chile, así como acceder a los mismos derechos que los estudiantes nacionales respecto de la alimentación, textos, seguro y pase escolar<sup>162</sup>.

---

160 <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/10308-revalidacion-de-la-tarjeta-nacional-estudiantil-tne>

161 <https://www.ayudamineduc.cl/ficha/tarjeta-nacional-estudiantil-tne>

162 <https://www.ayudamineduc.cl/ficha/identificador-provisorio-escolar>

TABLA 17.

**Programas de Educación para NNA en Situación de Vulnerabilidad o Discapacidad**

Nombre del Programa	Instituciones Responsables	Objetivo general	Población objetivo	Universal/ Focalizado	Cobertura respecto a población potencial
SEP	Ministerio de Educación	Mejorar la calidad y equidad de la educación.	Estudiantes cuyas familias pertenezcan al 80% más vulnerable del total nacional.	Focalizado	100%
Habilidades para la Vida I y II	Ministerio de Educación, JUNAEB	Aumentar el éxito en el desempeño escolar.	Estudiantes de establecimientos adscritos al programa, seleccionados según nivel de vulnerabilidad del establecimiento de acuerdo al indicador de Riesgo Socio-Educativo JUNAEB.	Focalizado	I (educ.parvularia a cuarto básico): 36,98% II (quinto a octavo básico): 18,26%
Habilidades para la Vida III	Ministerio de Educación, JUNAEB	Resolver el problema de la deserción y el abandono escolar.	Priorizados según continuidad con HPV II, programa PARE y por modelo multidimensional JUNAEB.	Focalizado	4,03%
Programa de Inserción Escolar PIE	Ministerio de Educación	Contribuir al mejoramiento de la calidad de la educación de niños y niñas en situación de discapacidad.	Estudiantes de establecimientos adscritos al programa.	Focalizado	s/i
Beca de Apoyo a la Retención Escolar	Ministerio de Educación, JUNAEB	Resolver el problema de la deserción y el abandono escolar.	Vulnerabilidad socio educativa definida como bajo porcentaje de asistencia a clases el año anterior y en riesgo de deserción escolar <sup>163</sup> .	Focalizado	5,36%
Programa de Apoyo a la Retención Escolar (PARE)	Ministerio de Educación, JUNAEB	Propiciar factores protectores en estudiantes en riesgo socioeducativo y en condición de embarazo, maternidad y paternidad para prevenir deserción escolar.	Comunas y establecimientos que hayan implementado el Programa PARE y que presenten las mayores tasas de estudiantes en condición de riesgo socioeducativo y embarazo adolescente.	Focalizado	0,63%
Aulas del Bien Estar	Ministerio de educación, subsecretaría de Educación	Instalar competencias en establecimientos educacionales y regiones para la contención de factores biopsicosociales.	Cupos regionales según matrícula elegibilidad de cada región.	Focalizado	18,9%
Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo a la Educación Superior (PACE)	Ministerio de Educación, Subsecretaría de Educación	Promover el acceso y permanencia en la educación superior de estudiantes provenientes de establecimientos públicos.	Priorizado según índice de vulnerabilidad escolar (IVE-SINAE), hasta llenar cupos disponibles.	Focalizado	51,84%
Beca Indígena	Ministerio de Educación, JUNAEB	Resolver dificultades de acceso y de continuidad de estudios.	Estudiantes de educación básica y media de ascendencia indígena; con vulnerabilidad socioeconómica y buen rendimiento académico hasta completar cobertura regional. Estudiantes indígenas que presenten algún tipo de discapacidad, que sean madres o embarazadas adolescentes.	Focalizado	67,05%
Beca Presidente de la República	Ministerio de Educación, JUNAEB	Ayudar a estudiantes con rendimiento académico sobresaliente y situación socioeconómica vulnerable.	Se debe demostrar excelencia académica y vulnerabilidad socioeconómica.	Focalizado	32,04%

163 Modalidades de ingreso: Se preselecciona a estudiantes en riesgo de deserción escolar de 1°, 2° y 3° medio que cumplan con los criterios de vulnerabilidad socio educativa, inscritos en el programa Chile Solidario o Ingreso Ético Familiar.

<b>Residencia Familiar Estudiantil</b>	Ministerio de Educación, JUNAEB	Asegurar la permanencia y finalización del ciclo educacional de enseñanza media.	Es requisito contar con tramo en el RSH.	Focalizado	9,97%
<b>Hogares JUNAEB</b>	Ministerio de Educación, JUNAEB	Brindar apoyo a estudiantes en condiciones de vulnerabilidad.	Según cupos disponibles.	Focalizado	1,18%
<b>Beca de Integración Territorial</b>	Ministerio de Educación, JUNAEB	Apoyar a estudiantes en condición de vulnerabilidad y aislamiento geográfico.	Estudiantes pertenecientes a quintiles de ingreso I, II, III y IV, en condición de aislamiento geográfico y con buen rendimiento académico.	Focalizado	49,08%
<b>Tarjeta Nacional Estudiantil</b>	Ministerio de Educación, JUNAEB	Acreditar la calidad de estudiante regular.	Alumnos de establecimientos municipales, particular subvencionados y particulares desde 5° básico a 4° medio y alumnos regulares de educación superior.	Universal.	S/I
<b>Identificador provisorio escolar</b>	Ministerio de Educación	Permitir participación en procesos de admisión, matriculación y certificación de estudios.	En cualquiera de sus niveles de educación regular, incluyendo la educación especial y educación para personas jóvenes y adultas.	Focalizado	S/I

### 3.2.4 Educación preescolar y Cuidado Infantil

#### Educación preescolar y Cuidado

En términos institucionales y legales, la Constitución de Chile considera desde 1999 a la Educación Parvularia como el primer nivel educativo del país. En 2015 la Ley 20.835 crea la Subsecretaría de Educación Parvularia en el Ministerio de Educación, para la promoción, desarrollo, organización general y coordinación de Educación Parvularia de calidad. La Subsecretaría diseña y define la política integral de fortalecimiento de la Educación Parvularia, con el foco de construir un sistema público pluralista e integrador<sup>164</sup>.

El subsistema **ChCC** asegura disponibilidad de sala cuna y jardín infantil para todos los niños y niñas de hasta 4 años de edad que formen parte del sistema y cumplan con los requisitos, por lo que, desde la instalación del sistema, el Ministerio de Educación, a través de la JUNJI e Integra, comenzaron un proceso de incremento sustancial en la oferta de sala cuna y jardín infantil, con el objeto de asegurar cuidados y educación inicial a todas las familias que lo requieran y que cumplan las siguientes condiciones: el adulto responsable trabaje, busque trabajo, estudie o presente una situación de especial vulnerabilidad (MIDEPLAN y MINSAL 2010). La oferta aumentó en un 31% entre 2014 y 2018 (MINEDUC y Subsecretaría de Educación Parvularia 2018).

<sup>164</sup> <https://parvularia.mineduc.cl/>

El sistema general, público y privado, logra una cobertura mayor al 50%. Los datos del año 2018 muestran que la es de 11,7% en el nivel sala cuna menor, 20,1% en sala cuna mayor, 24,7% en nivel medio menor, 35,4% en nivel medio mayor, 46,5% en prekínder y 54,8% en kínder (Subsecretaría de Educación Parvularia 2019).

JUNJI y la Fundación Integra ofrecen distintos programas o modalidades de cuidado y educación, las que detallaremos a continuación.

JUNJI ofrece el **Programa Jardín Clásico** desde 1971, para niños y niñas menores de 6 años en situación de vulnerabilidad. Consiste en proveer Educación Parvularia a través de establecimientos educacionales presenciales en dos modalidades: administrados directamente por el servicio o vía transferencia de fondos a organizaciones educacionales sin fines de lucro. Ambas modalidades atienden en jornada completa en los distintos niveles de atención, incluyendo educación, alimentación y apoyo social<sup>165</sup>.

El **Programa Jardín Alternativo** se dirige a niños y niñas menores de 6 años que viven en situación de vulnerabilidad social y que no tienen acceso a Educación Parvularia. Existente desde 1990, el programa agrupa diferentes actividades, como el jardín infantil estacional, que provee atención educativa con énfasis en lo recreacional a hijos e hijas de mujeres trabajadoras de temporada de entre 2 y 6 años; y el jardín infantil alternativo, que provee servicios de Educación Parvularia integral a través de establecimientos educacionales administrados directamente por JUNJI en las modalidades a) jardín comunidades indígenas, b) jardín laboral y el programa educativo para la familia que aporta material y apoyo de acuerdo a la edad del niño<sup>166</sup>. Se trata de un programa de menor cobertura que el programa tradicional.

Complementando este programa, y para mejorar la situación de niños y niñas vulnerables que viven en sectores rurales y de alta dispersión geográfica, el **Programa de Mejoramiento de Atención a la Infancia** de la JUNJI ofrece un fondo concursable para financiamiento de servicios básicos, material de oficina, material educativo, mobiliario y reparaciones menores, dirigido a organizaciones

165 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/59235/2019/3>

166 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/59505/2019/3>

comunitarias que quieran desarrollar un programa similar a un jardín infantil no convencional, con cupos limitados<sup>167</sup>.

El programa **Conozca a su Hijo** capacita a las madres, padres y/o adultos responsables del cuidado de los niños en la estimulación de sus aprendizajes y desarrollo. Los padres o cuidadores se reúnen una vez por semana durante tres horas a realizar talleres de estimulación y aprendizaje y se les entrega material didáctico. Además, se cuenta con monitoras infantiles elegidas por el grupo de participantes, para guiar a los niños y niñas en diferentes actividades de acuerdo con sus edades, mientras los adultos están en el taller<sup>168</sup>.

Por último, el programa **Centros Educativos Culturales de la Infancia** ofrece educación inicial, alimentación y movilización a través de convenios de cupo limitado con organizaciones comunitarias, cuyo enfoque se centra en el arte, el rescate y la valoración de la cultura y la vinculación permanente con las familias y el entorno comunitario<sup>169</sup>.

La Fundación Integra cuenta desde 1990 con el **Programa Modalidad Convencional** para niños y niñas menores de 5 años que viven en situación de pobreza y vulnerabilidad social y que presentan menos oportunidades de acceso a un servicio de educación inicial de calidad. El programa ofrece cupos en jardines infantiles y salas cuna, administradas directamente por la Fundación. En los establecimientos, los niños reciben educación, cuidado integral, alimentación y promoción y protección de sus derechos<sup>170</sup>. Además, la fundación cuenta con el **Programa de Modalidades Alternativas**, de menor cobertura y también con cupos limitados, que toma en cuenta el contexto particular de los niños. Incluye a) jardín sobre ruedas para comunas aisladas territorialmente, b) mi jardín al hospital para niños hospitalizados, c) sala cuna en recinto penitenciario para hijos de reclusas y d) jardín mi hogar para modalidad de educación en la casa<sup>171</sup>.

Orientado a la educación preescolar, el **Programa Universal de Apoyo al Aprendizaje Integral ChCC** entrega a todos los niños y niñas que ingresan a

---

167 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/782/2019/3>

168 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/778/2019/3>

169 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/3416/2019/3>

170 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/59546/2019/3>

171 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/74163/2019/3>

prekínder en establecimientos públicos un set compuesto por un habitáculo de juego y un mobiliario de cartón, junto a elementos que promueven el desarrollo motor y social de los niños y niñas<sup>172</sup>.

Por último, el programa de **Educación Intercultural e Indígena** busca preservar las lenguas y culturas indígenas del país, adecuando el currículo educativo de jardines y escuelas públicas y subvencionadas con una alta proporción de niños indígenas. Para esto implementa tres componentes: interculturalidad en Educación Parvularia y Pre-básica, formación docente intercultural y estrategias de educación no formal<sup>173</sup>.

TABLA 18.

**Programas de Cuidado y Educación en la Primera Infancia**

Nombre del Programa	Instituciones Reponsables	Objetivo general	Población objetivo	Universal/ Focalizado	Cobertura respecto a población potencial
Jardín Clásico	Ministerio de Educación, JUNJI	Brindar educación parvularia de calidad.	Niños u niñas que pertenezcan al 60% de la Calificación Socioeconómica del Registro Social de Hogares. Se prioriza a hijo/a de: madres adolescentes, madres que estudian, madres que trabajan, niños y niñas en riesgo social, padres privados de libertad y/o con graves problemas de salud, niños y niñas en condición de inmigrante irregular, o que pertenezcan a un pueblo originario.	Focalizado	21,64%
Programa Educativo Alternativo de Atención del Párvulo	Ministerio de Educación, JUNJI	Contribuir a la atención educativa de niños y niñas.	Niños y niñas que pertenezcan al 60% de la Calificación Socioeconómica del Registro Social de Hogares. Se prioriza a hijo/a de: madres adolescentes, madres que estudian, madres que trabajan, niños y niñas en riesgo social, padres privados de libertad y/o con graves problemas de salud, niños y niñas en condición de inmigrante irregular, o que pertenezcan a un pueblo originario.	Focalizado	1,28%
Jardines Infantiles y Salas Cuna Modalidad Convencional	Fundación Integra	Resolver el problema de acceso a la educación parvularia.	Se prioriza a los niños(as) según condiciones de vulnerabilidad (nivel de escolaridad, situación laboral, edad, jefatura del hogar de madre, padre o encargado), situación de la vivienda e ingresos económicos del grupo familiar.	Focalizado	29,9%
Jardines Infantiles y Salas Cuna Modalidades Alternativas	Fundación Integra	Entregar educación inicial a niños y niñas	De acuerdo a capacidad de atención de los distintos componentes.	Focalizado	0, 56%
Programa de Mejoramiento de Atención a la Infancia	MDSF	Proporcionar educación a niños y niñas menores de 6 años.	Niños y niñas que pertenecen a SS y OO y con vulneración grave de derechos. Segunda prioridad para párvulos que presenten situaciones de vulnerabilidad social Tercera prioridad para hijos de madres que buscan trabajo, hogares monoparentales, niños/as con discapacidad, e hijos de familias perteneciente a pueblos originarios.	Focalizado	5,52%

172 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/60290/2019/3>

173 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/59417/2019/3>

<b>Conozca a Su Hijo</b>	MDSF	Proveer educación alternativa pre escolar a niños y niñas menores de 6 años.	Familias pertenecientes a SS00 y ChCC no atendidos en programas de educación parvularia, en situación de discapacidad, migrantes o de pueblos indígenas en comunas seleccionadas que sean rurales sin otra oferta educativa preescolar, o urbanas de alta vulnerabilidad social.	Focalizado	3,15%
<b>Centros Educativos Culturales de la Infancia</b>	MDSF	Proveer educación y alimentación a niños y niñas hasta los 6 años de edad.	Cupos asignados según las siguientes prioridades: niños y niñas pertenecientes al Subsistema SS y OO, hijos de madres jefas de hogar, hijos de madres adolescentes, hijos de madres que trabajan o estudian, niños o niñas con discapacidad, niños o niñas de pueblos originarios.	Focalizado	4,73%
<b>Programa de Apoyo al Aprendizaje Integral</b>	MDSF	Aumentar espacios y materiales para juego y estimulación	Niños(as) de 4 años, matriculados en establecimientos educativos municipales, JUNJI e Integra.	Universal	100%
<b>Educación Intercultural e Indígena</b>	MDSF CONADI	Promover conocimientos sobre la lengua y cultura de los pueblos originarios.	Jardines infantiles o escuelas con programas de Educación Intercultural Bilingüe que se acogen al programa.	Focalizado	8,22%

### Otros programas no convencionales de cuidado infantil

Los programas detallados en esta sección se orientan a compatibilizar las labores maternas y paternas de cuidado infantil con el mundo laboral. En esta lógica, existen en Chile una serie de programas que buscan cubrir aquellas necesidades de cuidado no contempladas en los sistemas de educación inicial, focalizados en las familias más vulnerables.

Desde 1991, el programa **Centros para Hijos de Cuidadores Temporeros** entrega apoyo a madres, padres o cuidadores principales que tienen trabajos de temporada durante enero y febrero de cada año. Se habilitan establecimientos municipales para realizar actividades físicas, deportivas y recreativas con niños entre 6 y 12 años. El Instituto Nacional de Deportes (IND) aporta los recursos humanos que trabajarán con los niños y niñas directamente, y la JUNAEB aporta con el sistema de alimentación (desayuno, almuerzo y una tercera ración). De igual modo, la Policía de Investigaciones (PDI) realiza charlas educativas de autocuidado a los niños beneficiarios del programa. Los talleres son de 8 o 9 am hasta las 5 o 6 pm dependiendo del horario de ingreso<sup>174</sup>.

El programa **4 a 7 Mamá Trabaja Tranquila** del SERNAM, creado en 2011, busca disminuir las dificultades que tienen las mujeres vulnerables responsables del cuidado de niños(as) para permanecer e insertarse en el mercado laboral.

174 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/5100/2019/3>

Dispone de un espacio de cuidado de niños(as), donde se realizan instancias educativas para que cuenten con el apoyo pedagógico y con espacios para el uso del tiempo libre en actividades recreativas, deportivas, sociales, artísticas y culturales<sup>175</sup>. Se trata de un programa con cupos limitados y muy baja cobertura.

El programa **Vacaciones en mi Jardín** se enfoca a niños y niñas menores de cinco años en situación de pobreza y vulnerabilidad matriculados en el programa Jardín Infantil y Sala Cuna Modalidad Convencional de la Fundación Integra, que no cuentan con alternativas de cuidado y atención posterior al término del año lectivo. El programa ofrece desde 2011 un servicio de atención y cuidado entregado por profesionales, con acento en el juego. Asimismo, cuenta con servicio alimentario<sup>176</sup>.

Aunque la tasa de embarazos adolescentes se ha reducido significativamente en Chile durante las últimas décadas, el país aún presenta altos niveles en relación con resto de los países estudiados (excepto Uruguay). En el marco de la Ley 19.688 del año 2000, que establece el derecho de las estudiantes embarazadas o madres lactantes puedan acceder o permanecer en los establecimientos educacionales, el programa **Sala Cuna Para que Estudie Contigo (PEC)** entrega cuidado a hijos e hijas de madres o padres adolescentes, buscando así evitar la deserción escolar. En ellas, madres y padres encuentran orientaciones para la crianza y para el control y la planificación familiar. Según información disponible, actualmente existen 106 salas cuna PEC a lo largo del país<sup>177</sup>.

### **Licencias parentales**

La Ley 20.545 sobre protección a la maternidad incorpora el permiso postnatal parental, extiende el periodo posnatal total a 6 meses e introduce la posibilidad de que las semanas de permiso parental puedan ser traspasadas total o parcialmente al padre. La ley también avanza en cobertura, al incluir a trabajadoras independientes y temporeras, aunque siempre asociado a la cotización previsional (Saab 2013). La trabajadora tiene derecho a utilizar 24 semanas de descanso completo o 12 semanas completas y 18 semanas de media jornada. Si ambos padres son trabajadores, la madre puede elegir traspasar

---

175 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/60679/2019/3>

176 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/74165/2019/3>

177 <https://www.junji.gob.cl/2016/07/18/salas-cuna-para-que-estudie-contigo-pec/>

semanas al padre, con un máximo de 6 si es a jornada completa o de 12 en media jornada. A las madres de niños prematuros se les otorgan 6 semanas adicionales, mientras que a las que tuvieron un parto múltiple se les conceden siete días corridos extra de permiso. Los padres de hijos adoptados menores de seis meses, por su parte, tienen derecho al periodo completo, mientras que aquellos que adopten a niños o niñas mayores de 6 meses se les concede un permiso de 12 semanas<sup>178</sup>. El **Derecho a alimentar a los niños durante jornada laboral**, que consiste en disponer de una hora al día para alimentar a los hijos e hijas menores de dos años, puede ejercerse de distintas formas, a acordar con el empleador. El beneficio existe desde 2007 y en 2011 se extendió a los padres<sup>179</sup>. La **Licencia por Enfermedad Grave de Hijo/a Menor de un Año**, por su parte, es un derecho que existe desde 1971 y que se puede hacer efectiva cuando la salud del niño o niña requiera la atención en el hogar, de acuerdo con un certificado médico<sup>180</sup>. En ese caso, la madre, padre o cuidador legal tiene derecho a un subsidio equivalente al promedio de la remuneración mensual neta por el período determinado por un médico. Complementando esta regulación, desde 2017 la **Ley SANNA** (Seguro para el Acompañamiento de Niños y Niñas) asegura a los trabajadores y trabajadoras el derecho a cuidar a sus hijos e hijas con una condición grave de salud, permitiendo que estos se ausenten justificadamente de su trabajo por un periodo determinado, recibiendo durante ese periodo un subsidio que reemplace total o parcialmente su remuneración. Se dirige a madres, padres o cuidador legal de niños o niñas mayores de un año y menores de 18 o 15 años que presenten una condición de salud cubierta por la ley y que sean trabajadores dependientes, independientes o temporalmente cesantes<sup>181</sup>.

---

178 <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/8647-postnatal>

179 <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-propertyvalue-22874.html>

180 <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-60111.html>

181 <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/53276-seguro-para-el-acompanamiento-de-ninos-y-ninas-que-padecan-enfermedades-graves-ley-sanna>

TABLA 19.

**Programas de Cuidado Infantil y Licencias y Derechos Parentales**

Nombre del Programa	Instituciones Responsables	Objetivo general	Población objetivo	Universal/ Focalizado	Cobertura respecto a población potencial
Centro para Hijos de Cuidadores Principales Temporeros	MDSF	Apoyar el cuidado y el desarrollo en niños y niñas vulnerables entre 6 y 12 años.	Comunas seleccionadas por proyecto, los niños se priorizan por pertenencia a Subsistema SSyOO y Registro Social de Hogares.	Focalizado	18,63%
Programa 4 a 7	Sernam	Disminuir las dificultades de las mujeres para permanecer e insertarse en el mercado laboral.	Priorizadas según participación en Programas del Área Mujer y Trabajo u otros programas del Sernam..	Focalizado	0,99%
Programa Vacaciones en mi Jardín	Fundación Integra	Permitir que niños y niñas menores de cinco años cuenten con alternativas de cuidado en período estival.	Según cupos. Se prioriza a los niños(as) según condiciones de vulnerabilidad.	Focalizado	8,62%
Salas Cuna para que Estudie Contigo	Ministerio de Educación, JUNJI	Evitar la deserción escolar de madres y padres adolescentes.	Comunas seleccionadas de todas las regiones del país. Actualmente existen 106 salas cuna PEC.	Focalizado	S/I
Permiso Postnatal Parental	Ministerio del Trabajo y Previsión Social, IPS	Potenciar el apego y permitir un mejor desarrollo del infante.	Beneficio se puede traspasar al padre por 12 semanas.	Focalizado	100%
Licencia por enfermedad de hijo menor de un año	Ministerio del Trabajo y Previsión Social, IPS	Permitir a la trabajadora o trabajador ausentarse de su jornada laboral y en el caso de enfermedad grave de hijo menor de un año.	Se exige certificado médico.	Universal	S/I
Ley Sanna	Ministerio del Trabajo y Previsión Social, IPS	Permitir a padres y madres trabajadore(a)s acompañar y cuidar a sus hijos con enfermedad grave.	Padre, madre o cuidador por resolución jurídica, de al menos un niño mayor de un año y menor de 18 o 15 años con alguna contingencia de salud cubierta por la Ley. Deben ser trabajadores dependientes, independientes o temporalmente cesantes.	Universal	S/I
Derecho a alimentar a los niños durante jornada laboral	Ministerio del Trabajo y Previsión Social, IPS	Otorgar el derecho a madres y padres trabajadores para alimentar a sus hijos	Trabajadores que sean madres, padres o tengan la tuición de al menos un niño menor de 2 años.	Universal	S/I

**3.2.5 Seguridad de Ingresos**

Existe un amplio consenso en que el pilar principal de todo sistema de protección social es la seguridad de ingreso de las familias. Este deriva de los sistemas de seguridad social ligados a la protección de los trabajadores y sus familias mediante esquemas contributivos, y de aportaciones directas del Estado dirigidas a la población más vulnerable. Chile cuenta con un sistema de seguros, pensiones y subsidios que se exponen a continuación.

### Subsidios de Manutención

Los subsidios de manutención forman parte del subsistema **SSyOO**. El programa familia, que incluye un acompañamiento psicosocial y sociolaboral, incorpora una serie de transferencias para aliviar las consecuencias de la pobreza aumentando los ingresos y asociando la transferencia a incentivos que protegen la generación de capital humano. Considera tres pilares: dignidad, deberes y logros (Arellano 2013). Dentro del pilar dignidad se encuentra el **Bono Protección** y el **Bono Base Familiar**, que responden a la necesidad de entrega de un apoyo inmediato a familias en pobreza extrema. El **Bono Protección** consiste en un monto de libre disposición que va decreciendo a lo largo del tiempo<sup>182</sup>. El **Bono Base Familiar** se entrega a quienes participen de los programas de acompañamiento y cuyo ingreso esté por debajo de la línea de pobreza extrema, requisitos que se verifican mensualmente<sup>183</sup>. Las transferencias están condicionadas al cumplimiento de ciertos compromisos: cumplimiento de los controles de salud en el caso de los menores de 6 años y asistencia escolar de los menores de 6 a 18 años<sup>184</sup>. Por último, las transferencias por logros incluyen el **Bono por Formalización**, que se entrega por una sola vez a cada integrante de una familia que entra al mercado laboral formal<sup>185</sup>. Estas transferencias monetarias son pagadas por el Instituto de Previsión Social. Según el MDSF, el programa en su conjunto tiene una cobertura del 25,88% respecto a la población que presenta el problema (familias en pobreza extrema)<sup>186</sup>. El **Bono por Logro Escolar** está destinado a familias que tengan entre sus integrantes a personas cursando entre 5to básico a 4to medio, que pertenezcan al 30% más vulnerables de la población y se encuentren dentro del 30% de mejor rendimiento académico de su promoción<sup>187</sup>. El bono se paga una vez al año y no hay limitación al número de hijos que pueden recibirlo, así como tampoco al número de veces que lo pueden recibir. Este bono en particular ha sido ampliamente criticado por expertos, ya que no hay consenso de que constituya una forma adecuada de combatir la pobreza ni de incentivar el esfuerzo de los alumnos, ya que considera no solo el rendimiento individual, sino

182 <http://www.chileseguridadesyoportunidades.gob.cl/bono-proteccion>

183 <http://www.chileseguridadesyoportunidades.gob.cl/bono-base-familiar>

184 <http://www.chileseguridadesyoportunidades.gob.cl/bono-control-nino-sano> y <http://www.chileseguridadesyoportunidades.gob.cl/bono-asistencia-escolar>

185 <http://www.chileseguridadesyoportunidades.gob.cl/bono-formalizacion>

186 <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/63381/2019/3>

187 <http://bonologroescolar.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/el-bono/>

también respecto al resto de los alumnos del establecimiento, generando cierta competencia y un juego de suma cero (Huneeus y Repetto 2013). Por su parte, el **Bono por Trabajo de la Mujer** busca reconocer el esfuerzo de las mujeres y jefas de hogar de las familias más vulnerables de Chile, que se incorporan al mercado laboral. Este bono beneficia tanto a la mujer trabajadora como a su empleador, con lo que se busca incentivar la contratación de mujeres (Arellano 2013).

El sistema de prestaciones familiares está compuesto por la Asignación Familiar, **Asignación Maternal y Subsidio Familiar (SUF)**. Mientras las asignaciones son para quienes cotizan en el sistema previsional, los subsidios se orientan a quienes no perciben ingresos. El monto de la asignación es pagado a un beneficiario de acuerdo con el número de personas que cumplen el requisito como causa del beneficio (cargas familiares acreditadas)<sup>188</sup>. Así, mientras las asignaciones son contributivas, los subsidios no lo son. El subsidio a la discapacidad mental, por su parte, tiene como beneficiario al NNA, quienes se benefician por medio de la persona de la que están a cargo (Saab 2013). Ninguna de estas prestaciones es universal. Por último, se considera en esta lista el **Aporte Familiar Permanente** (ex bono marzo), que se entrega a las familias más vulnerables del país. Corresponde a las familias beneficiarias del subsidio familiar o de la asignación familiar o maternal y las que pertenecen a **SSyOO**<sup>189</sup>.

---

188 <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/36386-que-es-la-asignacion-familiar-y-el-subsidio-familiar-suf>

189 <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/38913-aporte-familiar-permanente-2019-ex-bono-marzo>

TABLA 20.

## Subsidios de Manutención

119

Nombre del Subsidio	Instituciones Responsables	Objetivo general	Población objetivo	Universal/ Focalizado	Condicional/No condicional	Monto (en pesos chilenos)
<b>Bono Protección</b>	Ministerio de Desarrollo Social, IPS	Facilitar la participación de los usuarios en los programas de Chile SSyOO.	Hogares de mayor vulnerabilidad según instrumento de focalización e ingresos menores a línea de pobreza o de pobreza extrema.	Focalizado	No condicional	Primeros 6 meses: \$17.446 por persona Desde mes 7 a 12: \$13.242 por persona Desde mes 13 a 18: \$9.138 por persona Desde mes 19 a 24: \$12.364 por persona
<b>Bono Base Familiar</b>	Ministerio de Desarrollo Social, IPS	Apoyar a las familias y personas en situación de pobreza extrema	Personas pertenecientes a SSyOO que participen del programa de acompañamiento psicosocial o sociolaboral cuyo ingreso sea inferior a línea de pobreza extrema.	Focalizado	No condicional	Monto varía mensualmente para cubrir el 85% de la diferencia entre ingresos mensuales per capita y valor de la línea de pobreza extrema.
<b>Bono por Control del Niño Sano</b>	Ministerio de Desarrollo Social, IPS	Incentivar una actitud responsable hacia la salud de los niños y niñas	Familias pertenecientes a SSyOO que reciben bono de protección y bono base familiar con niños menores de 6 años a su cargo y que acrediten control de salud de dichos niños.	Focalizado	Condicional	\$6.000 mensuales por niño o niña.
<b>Bono por asistencia escolar</b>	Ministerio de Desarrollo Social, IPS	Incentivar una actitud responsable hacia la educación de los NNA	Familias pertenecientes a SSyOO que reciben bono de protección y bono base familiar con niños menores de 6 años a su cargo y acrediten asistencia de al menos 85% a establecimientos educacionales	Focalizado	Condicional	\$6.000 mensuales por niño, niña o adolescente.
<b>Bono por formalización</b>	Ministerio de Desarrollo Social, IPS	Reforzar la integración de las personas al mundo laboral formal	Personas pertenecientes a SSyOO mayores de edad, que participen de programa sociolaboral y registren al menos cuatro cotizaciones continuas para salud y pensión o seguro de cesantía.	Focalizado	Condicional	\$215.444 por una vez.
<b>Bono por trabajo a la mujer</b>	SENCE	Premiar el esfuerzo de mujeres y jefas de hogar	Que pertenezcan al 40% más vulnerable de la población.	Focalizado	Condicional	Monto es calculado en base a sumatoria de rentas brutas mensuales del año anterior. Monto máximo subsidio anual. \$506.630 <sup>190</sup>
<b>Bono por logro escolar</b>	Ministerio de Desarrollo Social	Reconocer el esfuerzo que realizan los niños y niñas en el área de educación.	Familias que pertenezcan al 30% más vulnerable, con estudiantes entre 5to básico y 4to medio que se encuentren dentro del 30% de mejor rendimiento académico de su promoción.	Focalizado	Condicional	Alumnos en el 15% de mejor rendimiento: \$60.601 (una vez). Alumnos en el 30% de mejor rendimiento: \$36.361 (una vez)

<b>Asignación Familiar o Maternal</b>	Ministerio del Trabajo y Previsión Social, IPS	Apoyar económicamente a trabajadores, pensionados e instituciones del Estado.	Renta inferior a \$719.503	Focalizado	No condicional	\$13.155 por carga
<b>Subsidio Familiar o Maternal</b>	Ministerio del Trabajo y Previsión Social, IPS	Apoyar económicamente a personas de escasos recursos.	Que no sean trabajadores afiliados a un sistema previsional.	Focalizado	Condicional a asistencia escolar y control del niño sano.	\$13.155 mensuales por carga
<b>Aporte Familiar Permanente</b>	Ministerio del Trabajo y Previsión Social, IPS	Mejorar el ingreso familiar.	Personas con Subsidio Familiar, familias pertenecientes al Subsistema SSyOO y personas con pago de Asignación Familiar o Maternal.	Focalizado	No condicional	\$47.765 por carga familiar o por familia
<b>Subsidio a la discapacidad mental para menores de 18 años</b>	Ministerio del Trabajo y Previsión Social, IPS	Apoyar a menores discapacitados.	Que estén dentro del 20% más vulnerable de la población, según RSH, que tengan residencia continua en el país de, a lo menos, tres años, con resolución aprobada por COMPIN.	Focalizado	No condicional	\$69.307 mensuales

### Exenciones Tributarias

La **Rebaja de Impuestos por Gastos en Educación** se aplica a aquellos padres y/o madres que deben pagar impuesto a la renta y que están pagando gastos por educación, con un tope de renta conjunta (padre y madre). Incluye a aquellos que tengan uno o más hijos en educación preescolar, básica, diferencial o media reconocida por el Estado y que certifiquen asistencia superior al 85%<sup>191</sup>. Por su parte, la franquicia para personas con discapacidad considera beneficios tributarios y arancelarios específicos para discapacitados acreditados por la COMPIN y sus cuidadores al momento de realizar la importación de vehículos especiales, así como otros elementos que necesiten para su recuperación: sillas de ruedas, prótesis y aparatos ortopédicos, entre otros<sup>192</sup>.

191 [http://www.sii.cl/pagina/intermedia/beneficio\\_educacion/beneficio\\_educacion.html](http://www.sii.cl/pagina/intermedia/beneficio_educacion/beneficio_educacion.html)

192 <https://www.aduana.cl/franquicia-para-personas-con-discapacidad/aduana/2018-12-28/175143.html>

TABLA 21

## Exenciones Tributarias

121

Nombre del Programa	Instituciones encargadas	Objetivo general	Población objetivo	Universal/ Focalizado	Monto
Rebaja de impuestos por gastos en educación	SII	Apoyar a familias cuyos hijos están estudiando.	Renta anual superior a 7 millones 833 mil 186 pesos, y que la suma anual de las rentas totales no exceda las 792 UF, y que tengan uno o más hijos menores de 25 años estudiando con asistencia mínima de 85%.	Focalizado	Hasta \$121.289 (4,4 UF) por hijo
Franquicia para personas con discapacidad	Servicio Nacional de Aduanas, SII	Apoyar la integración social y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.	Personas con discapacidad.	Focalizado	50% del arancel aduanero de vehículos nuevos o usados, total del arancel para sillas de ruedas y aparatos ortopédicos

### Seguros de Cesantía

El **Seguro de Cesantía de Cuenta Individual** protege a los trabajadores dependientes que quedan desempleados. Consiste en una cuenta en la que se deposita un porcentaje mensual del sueldo, cotizaciones que son obligatorias. Cuando el trabajador queda cesante puede retirar el dinero acumulado en esta cuenta mediante giros mensuales. Si este dinero fuera insuficiente, puede solicitar un complemento, al **Fondo de Cesantía Solidario**. El seguro de cesantía puede cobrarse a todo evento, independiente de la causal de despido. Para trabajadores con contrato indefinido, el trabajador aporta el 0,6% de la remuneración mensual imponible y el empleador aporta el 1,6%. Para aquellos con contrato fijo, el costo total del seguro es de cargo del empleador, quien debe aportar el 2,8% de la remuneración mensual imponible.

El **Fondo de Cesantía Solidario** se entrega a los trabajadores que cumplen con los requisitos y cuyo saldo es insuficiente para financiar las prestaciones mínimas que la ley establece. Este complemento es con cargo al **Fondo de Cesantía Solidario**, generado a partir de aportes del empleador y del Estado. Para trabajadores con contrato indefinido, el empleador aporta el 0,8% de la remuneración imponible del trabajador al **Fondo de Cesantía Solidario**, mientras que para aquellos con contrato a plazo fijo (por obra, trabajo o servicio), el empleador aporta el 0,2% de la remuneración imponible<sup>193</sup>.

193 <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/36642-seguro-de-cesantia> y <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/36646-fondo-de-cesantia-solidario-fcs>

TABLA 22.

## Seguros de Desempleo

122

Nombre del Programa	Instituciones encargadas	Objetivo general	Población objetivo	Universal/ Focalizado	Monto
Seguro de Cesantía	Ministerio del Trabajo y Previsión Social, IPS	Protección económica para los trabajadores dependientes que quedan desempleados.	Personas que se encuentren cesantes y que estuvieron contratadas y registran cotizaciones al seguro de cesantía.	Focalizado (trabajadores dependientes)	Porcentaje de remuneraciones en cierto período, que varía según tipo de contrato. El primer giro corresponderá al 70% del promedio de las últimas remuneraciones anteriores al despido. En los meses posteriores este porcentaje irá descendiendo hasta agotar el saldo de la Cuenta Individual.
Seguro de Cesantía Solidario	Ministerio del Trabajo y Previsión Social, IPS	Entregar protección económica complementaria al Seguro de Cesantía.	Personas que se encuentren cesantes y que estuvieron contratadas y registran cotizaciones al seguro de cesantía y cuyo saldo es insuficiente para financiar las prestaciones mínimas que la ley establece.	Focalizado	Porcentaje de remuneraciones en cierto período, que varía según tipo de contrato. El primer giro corresponderá al 70% del promedio de las últimas remuneraciones anteriores al despido.

### Pensiones de Invalidez y Sobrevivencia

La **Pensión de Invalidez del pilar contributivo del Sistema de Pensiones** es de dos tipos: total si la pérdida de la capacidad de trabajo es de al menos dos tercios y parcial si la pérdida es igual o superior a cincuenta por ciento e inferior a dos tercios. Los requisitos son que la invalidez no haya sido causada por accidente del trabajo o enfermedad profesional, tener menos de 65 años y no tener pensión de vejez<sup>194</sup>. Para aquellos trabajadores cuya invalidez se haya producido por un accidente o enfermedad profesional, existe una pensión específica, cuyo monto depende del grado de incapacidad<sup>195</sup>. La **Pensión Básica Solidaria de Invalidez**, por su parte, permite acceder a un monto de \$137.751 a personas entre 18 años y 65 años que son declaradas con invalidez y que no tienen derecho a pensión en algún régimen previsional, ya sea como titulares o beneficiarios de una pensión de sobrevivencia, y que integren un grupo familiar perteneciente al 60% más pobre de la población. El monto se reajusta automáticamente de forma anual de acuerdo con el IPC de los últimos 12 meses. No obstante, cuando la variación del IPC supere el 10%, el reajuste será inmediato, aunque no hayan transcurrido 12 meses. La pensión de sobrevivencia del sistema de AFP, por su parte, permite a beneficiarios de imponentes y pensionados que fallecieron y estaban afiliados, solicitar un monto mensual, que se calcula de acuerdo determinados por el sistema.

194 <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/5262-pension-de-invalidez-del-sistema-de-pensiones-afp>

195 [https://www.isl.gob.cl/tramites\\_servicios/pension-de-invalidez-por-enfermedad-profesional/](https://www.isl.gob.cl/tramites_servicios/pension-de-invalidez-por-enfermedad-profesional/)

La **Pensión de Invalidez por Accidente Escolar** consiste en un monto de dinero pagado mensualmente a estudiantes que la COMPIN ha evaluado con una incapacidad igual o superior a un 15%, a causa o con ocasión de un accidente escolar. El estudiante evaluado, con una incapacidad superior a un 15% e inferior a un 70%, tendrá derecho a una pensión de invalidez temporal si acredita que carece de recursos iguales o superiores al monto de la pensión<sup>196</sup>.

TABLA 23.

### Pensiones de Invalidez y Sobrevivencia

Nombre del Programa	Instituciones Responsables	Objetivo general	Población objetivo	Universal/Focalizado	Condicional/No condicional	Monto
Pensión de Invalidez	Ministerio del Trabajo y Previsión Social, IPS	Permitir a beneficiarios de AFP incapacitados física o mentalmente recibir un ingreso.	Requisitos: Que la invalidez no haya sido causada por accidente del trabajo o enfermedad profesional.  Tener menos de 65 años de edad y  no tener pensión de vejez.	Focalizado	Contributivo	Monto que resulte de dividir por 120 la suma de las remuneraciones imponibles percibidas y rentas imponibles o declaradas en los últimos 10 años anteriores al mes en que se declare la invalidez. Sobre el referido sueldo base, se deberá aplicar el porcentaje que corresponda según tipo de invalidez.
Pensión Solidaria de Invalidez	Ministerio del Trabajo y Previsión Social, IPS	Permitir a personas incapacitados física o mentalmente recibir un ingreso.	Integrantes de grupo familiar perteneciente al 60% más pobre de la población, según RSH, que acrediten cinco años continuos o discontinuos de residencia en Chile	Focalizado	No Contributivo	\$137.751 mensuales
Pensión de invalidez por accidente o enfermedad laboral	Instituto de Seguridad Laboral	Aporte monetario mensual a trabajadores incapacitados por accidente o enfermedad laboral.	Trabajadores dependientes o independientes afiliados al Instituto de Seguridad Laboral (ISL), que hayan sido evaluados por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN).	Focalizado	Contributivo	35% del sueldo base para invalidez parcial; 70% para invalidez total y en el caso de la gran invalidez se le suplementará la pensión en un 30% del sueldo base.
Pensión de invalidez por accidente escolar	Instituto de Seguridad Laboral	Entregar aporte monetario mensual a estudiantes vulnerables que hayan sufrido un accidente escolar que haya generado una incapacidad.	Incapacidad igual superior a un 15%, evaluada por la COMPIN.	Focalizado	No Contributivo	\$43.251

196 [https://www.isl.gob.cl/tramites\\_servicios/solicitar-pension-escolar/](https://www.isl.gob.cl/tramites_servicios/solicitar-pension-escolar/)

Pensión de sobrevivencia	Ministerio del Trabajo y Previsión Social, IPS	Entregar un aporte monetario a beneficiarios de imponentes y pensionados que fallecieron y estaban afiliados al sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).	<p>Cónyuge en el caso de haber contraído matrimonio al menos seis meses antes del fallecimiento del trabajador o tres años antes del fallecimiento del pensionado.</p> <p>Conviviente civil si</p> <p>AUC está vigente al momento del fallecimiento y se haya celebrado, a lo menos, un año antes del fallecimiento.</p> <p>Hijos solteros menores de 18 años o mayores de 18 años y menores de 24 años si son estudiantes.</p> <p>Inválidos de cualquier edad.</p>	Universal	Contributivo	50% para el cónyuge o conviviente (AVC) con hijos comunes y 60% si no existen hijos en común.
--------------------------	--	--	---	-----------	--------------	---

### 3.3 Brechas de Protección Social para NNA en Chile

El estudio de políticas, programas y prestaciones dirigidas a NNA en Chile en los ámbitos de salud, educación, cuidado, alimentación e ingresos, muestra una amplia oferta de medidas de diverso alcance y trayectoria. Algunas forman parte de la matriz central e histórica de la seguridad social y los servicios públicos y sociales en Chile, como la educación y la salud pública. Otros dan cuenta del tránsito del país hacia una política social basada en derechos, como los sistemas **ChCC** y **SSyOO**. Otros programas, más recientes y de menor cobertura, buscan responder a las cambiantes necesidades de NNA a lo largo del ciclo de vida y responden a problemas de inserción escolar, hábitos alimenticios, convivencia e inclusión escolar, etc. El estudio no detecta omisiones o falencias, sino diversas insuficiencias. A continuación, se presentan las brechas que existen entre Chile y los países estudiados, en los diversos temas analizados.

#### 3.3.1 Brechas en Salud

##### Acceso Universal de Salud

- Al igual que el resto de los países estudiados, Chile muestra avances hacia una cobertura de salud universal y garantizada, en particular para las patologías cubiertas por el Plan **AUGE**. También en consonancia con el estudio comparado, el sistema chileno integra un componente contributivo (cotización obligatoria) y uno no contributivo, financiado con impuestos generales.
- **La cobertura** para el caso de los NNA se da a través del seguro de salud de sus padres, existiendo algunas prestaciones gratuitas universales para aquellos que se atienden en el sistema público y otras focalizadas de acuerdo con criterios de vulnerabilidad. En general, estas prestaciones se centran en

los primeros años de vida, con lo que su extensión a niños y adolescentes en etapa escolar aparece como una brecha de nuestro sistema. De acuerdo con el estudio comparado, Chile debiera considerar el avance hacia la universalidad de las prestaciones de salud para NNA.

- Destaca también el hecho de que el sistema chileno contempla un alto gasto en términos de copago en las prestaciones de salud y un alto costo en medicamentos para los hogares. Mientras en Dinamarca y el Reino Unido el pago de bolsillo es excepcional, en Chile solo el primer tramo de FONASA está totalmente exento de pago. Si bien la salud primaria contempla prestaciones gratuitas para niños y niñas, todavía los servicios hospitalarios contemplan el copago. En este sentido, es interesante la política letona de aumentar el gasto público para apoyar a los hogares más vulnerables, criterio que se incorpora en la **Ley Ricarte Soto**, pero que podría generalizarse.

#### **Prevención en salud**

- Chile cuenta con un foco preventivo en salud infantil, particularmente en el marco del subsistema **ChCC**. Sin embargo, no incluye, como Francia y el Reino Unido, visitas a los hogares de embarazadas o recién nacidos ni apoyo en estimulación temprana y habilidades parentales. Tampoco existe un sistema integrado para la atención de NNA mayores de 9 años. Llama la atención, por su parte, la baja cobertura de programas preventivos de educación sexual y de adicciones para adolescentes.
- El programa **ChCC** entrega un acompañamiento integral a las familias más vulnerables socioeconómicamente desde el embarazo y durante los primeros años de vida. Ahora bien, el subsistema no considera la figura del visitante de salud, que en el Reino Unido es quien se encarga de salvaguardar los derechos de salud de los niños y niñas.

#### **Salud Mental**

- Los programas de salud mental para NNA y sus cuidadores existentes se encuentran limitados a ciertas comunas y regiones. Las brechas en esta dimensión son amplias: en Dinamarca existen políticas universales en la atención primaria y educación secundaria; en Letonia se desarrolla una estrategia nacional para prevenir el bullying en escuelas y en Francia la atención psicológica es parte de los exámenes obligatorios que se realizan a los niños en las escuelas. Así, la brecha en Chile es especialmente evidente en relación con los jóvenes y adolescentes.

### 3.3.2 Brechas en Alimentación y Nutrición

- Al igual que en el resto de los países estudiados, el foco de la política de alimentación y nutrición en Chile ha transitado desde una preocupación por el aseguramiento de alimentos a los NNA más vulnerables a un enfoque que crecientemente considera la calidad y salubridad de los alimentos ofrecidos por las escuelas y por el Estado.
- El Programa de Alimentación Complementaria ha transformado su oferta, incluyendo alimentos específicos para ciertas poblaciones, como los niños y niñas prematuros y alérgicos, camino que puede seguir ampliándose para asegurar una oferta acorde a las crecientes exigencias de estándares de calidad y salubridad en un contexto donde la malnutrición por exceso (obesidad) se ha consolidado como un problema.
- Los sistemas de alimentación escolar siguen la misma lógica observada en los países de referencia. Sin embargo, se trata aún de programas que, a pesar de enmarcarse en una estrategia para enfrentar la obesidad infantil, tienen una cantidad limitada de cupos, por lo que algunos de ellos presentan baja cobertura. Esto último puede representar un problema teniendo en cuenta la alta prevalencia de obesidad infantil en Chile.

### 3.2.3 Brechas en Educación

#### **Acceso Universal**

- En términos de cobertura del sistema, Chile supera los estándares de algunos países estudiados, con una educación pública gratuita y obligatoria por los 12 años de educación básica y media.

#### **NNA en Situación de Vulnerabilidad y Discapacidad**

- Aunque existe una creciente preocupación por el tema, Chile presenta un avance muy lento en relación con la inclusión educativa de NNA inmigrantes, especialmente en relación con países como Dinamarca y Letonia. Estos países se preocupan especialmente de la adaptación lingüística e idiomática de los NNA que no hablan la lengua local y que tienen, por esta razón, dificultades para integrarse al sistema educativo. Los países incluidos en el estudio comparado tienen una población indígena relativamente baja, por lo que no cabe establecer criterio de brechas de inclusión educativa para este segmento de población en relación a los países seleccionados, pero en el caso chileno es un tema a tener en cuenta.

- En términos de los programas para NNA con alguna discapacidad, en Chile en general existen medidas orientadas a NNA vulnerables económica o territorialmente. Estas medidas tienen una cobertura baja, principalmente porque se focalizan en pocas comunas y con cupos limitados. Esta situación da cuenta de las condiciones específicas de un país donde aún la pobreza y vulnerabilidad económica aparecen como un foco esencial de la política pública y donde las características geográficas resultan en que NNA tengan dificultades significativas para acceder a la educación. Se observa falta de programas educacionales dirigidos a la inclusión educativa de niños con discapacidades. En este sentido, se destaca la experiencia de Dinamarca y Letonia, donde el foco está puesto en el derecho de los NNA en situación de discapacidad a asistir a escuelas públicas corrientes.

### 3.3.4 Brechas en Cuidado Infantil

- Chile presenta una baja cobertura del sistema de cuidados infantiles, significativamente por debajo de la mayoría de los países estudiados y del promedio OCDE. La oferta pública y gratuita se focaliza en grupos vulnerables, no existiendo un sistema universal. Además, en muchos casos, la oferta es limitada incluso para estos grupos. Se destacan brechas en cobertura para hogares monoparentales y para padres y madres adolescentes, además de la modalidad de subsidios y transferencias para madres y padres a cargo del cuidado de aquellos niños y niñas que no asisten a instituciones educacionales o de cuidado.

### 3.3.5 Brechas en Seguridad social e Ingresos

#### Subsidios de Manutención

- En general, las transferencias orientadas a familias en Chile consideran a aquellas en situación de pobreza extrema, con prestaciones focalizadas. Esto contrasta con algunos de los países estudiados, donde existen subsidios universales asociados a la existencia de niños en el hogar, como en el caso de Dinamarca, o cuasi universales al excluir solo a los hogares más ricos como en el caso del Reino Unido. Además, se observa una brecha importante en términos del reconocimiento no solo del número de niños, sino también de sus edades y los costos asociados a ellas. También llama la atención el hecho de

que en el resto de los países estudiados los aportes no sean condicionados a deberes ni tampoco a desempeño o logros.

### **Paternidad y Cuidado**

- Chile ha avanzado en el aseguramiento de un posnatal extendido para las madres y con la posibilidad de que el padre utilice parte de este permiso. Sin embargo, aún quedan fuera de este tipo de apoyo aquellas madres o padres que no trabajan formalmente y que por lo mismo no participan de beneficios contributivos<sup>197</sup>. Por otro lado, se observa una brecha en términos de la posibilidad de recibir ayuda monetaria cuando las horas de trabajo se reducen por el cuidado de niños y niñas más allá del periodo de postnatal, lo que ocurre por ejemplo en República Checa, donde se apoya económicamente a los padres que cuidan niños y niñas hasta de 4 años. Por otro lado, se destaca el caso de Francia, donde los sistemas contributivos no solo cubren las licencias maternas y paternas, sino que se extienden a otros riesgos financieros relacionados con el nacimiento y la primera infancia.

### **Exención Tributaria**

- Se destaca la brecha existente entre Chile y países como Francia y Reino Unido, donde existen una variedad de mecanismos de reducción del impuesto a la renta por conceptos asociados a la manutención de NNA.

### **Seguro de Cesantía y Supervivencia**

- En términos de los seguros de desempleo, los casos de Francia y Uruguay resultan interesantes, ya que complementan las prestaciones monetarias con políticas activas de mercado de trabajo como capacitaciones en búsqueda de empleo y formación para fortalecer las herramientas laborales necesarias para obtener un empleo.

---

<sup>197</sup> Las trabajadoras independientes tienen acceso a este beneficio, pero sujeto a que cuenten con 12 meses de afiliación previsional, 6 meses de cotizaciones continuas o discontinuas en ese período y cotizaciones al día, lo que es excepcional en condiciones de informalidad laboral.

## 4. PPS sensible a los derechos NNA

Los PPS, de acuerdo a la literatura, se constituyen de cuatro vectores: a) programas de transferencia de ingreso; b) seguros sociales (seguro de salud, desempleo y prevenciones frente a desastres) orientados a enfrentar riesgos económicos a lo largo del ciclo de vida y prevenir que niños y familias caigan en la pobreza; garantías de acceso y calidad de los servicios sociales de educación, salud, nutrición y cuidado; d) seguro de desempleo y apoyo a la paternidad/maternidad en el trabajo por medio licencias, permisos y sistemas de cuidado de niños pequeños o enfermos<sup>198</sup>.

Atendiendo a estos criterios, tomando en cuenta la trayectoria de la política de infancia y adolescencia que ha desarrollado Chile, en la que destaca el subsistema **ChCC**<sup>199</sup> y el **Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia**, así como el análisis de brechas que permitió el estudio de experiencia internacional, proponemos un PPS sensible a los derechos de NNA. Esta propuesta considera sustantivos e irrenunciables 25 programas actualmente en curso en Chile que se presentan en la Tabla 24 anotando el período del ciclo vital que abordan. Al mismo tiempo, propone mejoras sustantivas en cinco de ámbitos que se informan más adelante.

198 También se recomienda considerar programas activos de empleo, tales como servicios de intermediación laboral y capacitación y entrenamiento. En esta propuesta haremos aportes en el ámbito del cuidado y no en materia de programas activos de empleo, con el ánimo de presentar un PPS denso, robusto y estratégico enfocado a la infancia. Es, sin duda, una decisión debatible.

199 Chile cuenta con una importante trayectoria que facilitará instalar un nuevo impulso en torno a un PPS más ambicioso: el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), y que tiene por misión “acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad”. Sin embargo, este programa aborda solo el segmento de la primera infancia y la población objetivo del PPS cubre hasta los 18 años de edad.

TABLA 24.

**Políticas y Programas que constituyen un PPS para NNA Chile 2020**

SUBDIMENSIÓN	NOMBRE DEL PROGRAMA	CICLO DE VIDA*
<b>DIMENSIÓN SALUD</b>		
Acceso Universal de Salud	FONASA	Todo el ciclo
	AUGE	Todo el ciclo
Prevención	Programa Nacional de Inmunizaciones.	Primera infancia -adolescencia temprana
	Control del niño sano en consultorio y establecimientos educacionales (niños hasta 9 años).	Primera infancia, infancia
	Programa preventivo de salud bucal Sembrando Sonrisas	Primera infancia
	Programa de Apoyo al Recién Nacido nacido en centros asistenciales de la red pública de salud.	Recién Nacido
Niño(a)s vulnerables y con discapacidad	Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil de la primera infancia para superar el rezago, riesgo de retraso o riesgo biopsicosocial.	Primera infancia
<b>DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN</b>		
Alimentación	Programa de Alimentación Escolar	Todo el ciclo primera infancia-adolescencia
	Elige Vida Sana	Todo el ciclo primera infancia-adolescencia
<b>DIMENSIÓN EDUCACIÓN</b>		
Acceso	Educación pública gratuita y subvencionada con financimie nto estatal.	Infancia-adolescencia
Niño(a)s en situación de vulnerabilidad o discapacidad	SEP	Infancia-adolescencia
	Habilidades para la Vida I II y III que buscan proteger a estudiantes con riesgo socioeducativo y evitar la deserción escolar.	Infancia-adolescencia
<b>DIMENSIÓN EDUCACIÓN PREESCOLAR Y CUIDADO INFANTIL</b>		
	Jardín Clásico JUNJI e Integra para niños y niñas de 0 a 6 años	Primera infancia
Licencias y derechos parentales	Ley Sanna, Seguro para trabajadores y trabajadoras para el Acompañamiento de Niños y Niñas con una condición grave de salud.	Todo el ciclo primera infancia-adolescencia (Hasta 15 o 18 años)
	Permiso maternal y paternal.	Recién Nacido
<b>DIMENSIÓN SEGURIDAD DE INGRESOS</b>		
Subsidios de manutención	Bonos sistema SSOO	Todo el ciclo primera infancia-adolescencia
	Ingreso Mínimo Garantizado	Mayores de 18 años
	Asignación Familiar	Todo el ciclo primera infancia-adolescencia
	SUF	Todo el ciclo primera infancia-adolescencia
	Aporte Familiar Permanente (ex bono marzo)	Todo el ciclo primera infancia-adolescencia
Subsidios de maternidad, paternidad y cuidado	Asignación Familiar	Recién Nacido
Seguros de cesantía y pensiones de invalidez y sobrevivencia	Seguro de Cesantía	Mayores de 18 años
	Pensión de invalidez	Todo el ciclo
	Pensión Básica Solidaria de invalidez	Adultos Mayores
	Pensión de sobrevivencia	Todo el ciclo

\*Recién nacido: 0 a 1 año, Primera infancia: 0 a 5 años, Infancia: 5 a 9 años, Adolescencia temprana: 10 a 13 años, Adolescencia: 14 a 18 años.

La Tabla 25 presenta aquellas áreas en las que se proponen reformas. Se informa, además, cuál es el programa actualmente en curso, el que podría ser una base para mejoras y cuál es el período de NNA que se vería beneficiado con estas propuestas.

TABLA 25.

**Nuevas Medidas para un PPS para NNA Chile 2020**

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	NUEVAS MEDIDAS	PROGRAMAS ACTUALES	CICLO DE VIDA*
Seguridad de Ingresos	Subsidios de manutención	Bono para familias en pobreza extrema con hijos a cargo.	Bonos del sistema SSyOO Ingreso Mínimo Garantizado Asignación Familiar SUF Aporte Familiar Permanente (ex bono marzo)	Todo el ciclo Primera infancia-adolescencia
Salud	Salud Mental	Programas de Salud Mental con énfasis en adolescencia.	Habilidades para la Vida I II y III dirigido a estudiantes con riesgo socioeducativo y deserción escolar.	Adolescencia temprana, adolescencia
Alimentación y Nutrición	Alimentación	Programas de Prevención y Tratamiento de la Obesidad Infantil.	Programa de Alimentación Escolar Elige Vida Sana	Primera infancia - adolescencia
Educación	Vulnerabilidad o discapacidad	Programas de Inclusión Social.	SEP	Infancia, adolescencia temprana, adolescencia
Cuidado Infantil	Educación y cuidado en la primera infancia	Programas de Sistema Nacional de Cuidado.	Jardín Clásico JUNJI e Integra para niños y niñas de 0 a 6 años	Primera infancia

\*Recién nacido: 0 a 1 año, Primera infancia: 0 a 5 años, Infancia: 5 a 9 años, Adolescencia temprana: 10 a 13 años, Adolescencia: 14 a 18 años.

**4.1 Propuestas en Ingresos, Salud Mental, Cuidado Infantil, Obesidad Infantil e Inclusión Social**

La propuesta que se expone a continuación aborda las cinco áreas en las cuales se observan carencias, insuficiencias u omisiones en la oferta pública dirigida a NNA en Chile, las que deberían reforzarse desde la óptica de un PPS sensible a los derechos de la niñez. Se ha prestado especial atención en atender a dos segmentos de edad críticos: la primera infancia y la adolescencia. Respecto de cada una de estas áreas de intervención se aportarán antecedentes y evidencia en respaldo de la propuesta, qué pistas entrega la experiencia comparada, cuál es la oferta actual en Chile y su respectiva cobertura. Al interior de cada una de las áreas de propuesta se plantean varias medidas con diferentes niveles de urgencia e indispensabilidad. En total se proponen 29 medidas, como se aprecia en la Tabla 26 “Síntesis de Medidas Propuestas”, que se presenta al final de esta sección.

Al final de la sección se incluyen también propuestas en materias institucionales, buscando fortalecer el camino que ha iniciado Chile a instalar sistemas que, por la vía administrativa, ofrecen garantías de los derechos que los programas sociales proponen proteger.

#### 4.1.1 Propuesta Ingreso Familiar para Familias con Hijos

##### **Antecedentes generales**

El estudio comparado de experiencia internacional permitió establecer que la seguridad de ingresos para NNA, a través de distintas asignaciones y bonificaciones familiares, constituyen un elemento fundamental de los sistemas de protección social.

Como se detalló en el capítulo 3, Chile cuenta con un número importante de transferencias monetarias que tienen como destino a las familias y están orientadas a otorgar aportes bajo distintas modalidades para entregar mayor seguridad de ingresos. Estas transferencias, junto a las prestaciones monetarias de la seguridad social, tales como el seguro de cesantía, las pensiones de invalidez, sobrevivencia y de accidentes del trabajo, y los programas y acciones estructurales del Estado en materias de salud, educación, alimentación y nutrición, forman parte de un sistema de protección social que contribuye a la seguridad de ingresos y a cubrir las necesidades básicas de las familias, y en particular de las niñas, niños y adolescentes.

La emergencia sanitaria ocasionada por el COVID 19 ha contribuido fuertemente al debate sobre el aporte de las transferencias de ingreso como mecanismo de protección social, frente a la necesidad de reforzar la protección de ingresos para familias que perderían sus empleos y fuentes de ingreso. En este contexto, en abril 2020 se entregó un bono por emergencia COVID 19 de \$50.000 por carga a familias vulnerables con ingresos informales. En mayo 2020 se aprobó el **Ingreso Familiar de Emergencia** (IFE) dirigido a los hogares que no cuentan con ingresos formales y que forman parte del 60 % más vulnerable del registro social de hogares, los que recibirían el aporte por tres meses en montos decrecientes. Un hogar de 4 integrantes el primer mes recibirá \$260.000, el segundo \$221.000 y el tercer mes \$182.000. En junio se modificó esta prestación aumentando el monto para asegurar un mínimo de \$400.000 para un hogar de 4 integrantes, manteniéndolo estable en el tiempo y aumentando su cobertura al 80% más

vulnerable del registro social de hogares. Antes de la crisis sanitaria el subsistema **SSyOO** distribuía, a una familia de 4 personas, un monto promedio mensual de \$135.00. En contexto de emergencia este monto se elevará a \$400.000.

La medida va en línea con la recomendación de CEPAL sobre la materia. En el informe “El desafío social en tiempos de COVID 19”, del 12 de mayo, CEPAL entra al debate sobre el ingreso de emergencia haciendo una estimación del impacto social de la pandemia. Propone un **Ingreso Básico de Emergencia (IBE)** equivalente a una línea de pobreza durante seis meses a toda la población en situación de pobreza en 2020 para satisfacer necesidades básicas y sostener el consumo de los hogares. Señala, además, que en el largo plazo esta transferencia debiera ser permanente, ir más allá de las personas en situación de pobreza y llegar a un conjunto más amplio de la población que está en condiciones de vulnerabilidad, lo que permitiría avanzar hacia un ingreso básico universal.

Existe consenso acerca de la necesidad de mantener transferencias monetarias y otras prestaciones específicas a familias e individuos en situación de pobreza extrema<sup>200</sup>. Existe además creciente acuerdo sobre la necesidad de extender estos beneficios a familias en condición de vulnerabilidad e, incluso, en países desarrollados se ha abierto el debate respecto de la conveniencia de instalar un ingreso único universal que actúe como piso de seguridad para todos los ciudadanos del país<sup>201</sup>.

Las evaluaciones que se han realizado sobre las transferencias de ingreso del subsistema **SSyOO** presentan un conjunto de aspectos críticos que se han levantado desde sus inicios como Chile Solidario: focalización, cobertura, accesibilidad, procedimientos, pertinencia de algunas bonificaciones. Un tópico ineludible es identificar las modificaciones que se han ido produciendo en la naturaleza de la pobreza extrema y sus consecuencias sobre el diseño y ejecución

---

200 Centro de Sistemas Públicos, Ingeniería Industrial Universidad de Chile (2018), Evaluación de Impacto del Subsistema de Protección y Promoción Social Seguridades y Oportunidades (Ley N°20.595) - Usuarios Egresados. Dipres (2016), Evaluación Programas Gubernamentales (EPG), Programa Familias en Situación de Pobreza Extrema y Vulnerabilidad - subsistema Seguridades y Oportunidades.

201 Esta es una discusión propia de economías más desarrolladas que se está experimentando en algunos países, por ejemplo Finlandia (ya terminada) y algunos estados de Canadá. Además, en el contexto de la pandemia producto del COVID19, distintos países de América Latina se encuentran implementando y discutiendo transferencias de emergencia a familias a objeto de que estas puedan sobrellevar la cuarentena o cubrir ingresos perdidos producto de la contracción económica. La discusión sobre la suficiencia de estas transferencias, aun cuando se constituyen en medidas transitorias, deben ser consideradas en una perspectiva del debate sobre asignaciones o prestaciones permanentes a las familias más vulnerables.

de las transferencias condicionadas. Así mismo, es necesario revisar la cobertura y suficiencia del Bono Base Familiar, debido a que no está claramente justificado desde una perspectiva de derechos. ¿Por qué se cubre un 85% y no un 100% de la brecha per cápita de pobreza? ¿Por qué no se entrega esta bonificación al 100% de las familias en esta situación, sino solo a las familias integradas al **SSyOO**?

Respecto de la **Asignación Familiar** y el **SUF**, las evaluaciones realizadas más recientemente<sup>202</sup>, establecen un conjunto de aspectos críticos, de los cuales el más relevante señala que los montos de las transferencias no se encuentran justificados en función de una brecha que debe ser alcanzada para otorgar bienestar económico en el hogar. En otras palabras, el Estado no ha construido un concepto sobre lo que se quiere cubrir o sobre el problema que se quiere atender con estos beneficios.

Abordar el problema de la ausencia de un concepto y la estimación de la brecha correspondiente es una tarea indispensable para que estas transferencias cumplan con ser un aporte sólido, medible y evaluable respecto de la seguridad de ingresos de las familias y el bienestar de sus integrantes<sup>203</sup>, y constituye una fuerte recomendación de esta consultoría.

La construcción de un concepto necesariamente obligará al rediseño del subsistema de transferencias. Al menos en tres aspectos deberán ser revisados. En primer lugar, los montos de las transferencias deberán vincularse a la brecha identificada. En segundo lugar, la focalización, actualmente en el 60% de la población de mayor vulnerabilidad, dado que la identificación y cuantificación de una brecha puede exceder a esta población. En tercer lugar, tomar en cuenta los montos de **Asignación Familiar** de acuerdo al ingreso del beneficiario, porque, según se defina como concepto y brecha, pueden estar asociados al número de cargas, por lo cual no debería considerarse el ingreso total sino el per cápita.

---

202 Focus (2016), Evaluación de Impacto: Subsidio Familiar y Asignación Familiar.

203 En la política social en Chile se pueden encontrar ejemplos de transferencias que obedecen a conceptos de brecha, como son el propio Bono de Base Familiar, que apoya la superación de la situación de pobreza extrema, o la Pensión Básica Solidaria que, con las últimas modificaciones legales, permite a adultos mayores y personas con discapacidad superar la línea de la pobreza.

## **Recomendaciones: Hacia un sistema unificado de transferencias monetarias a familias con hijos**

El objetivo del sistema de transferencias de ingresos a familias con hijos es proveer de seguridad de ingreso a las familias vulnerables con hijos. A partir de las observaciones realizadas, tanto a los bonos del subsistema SSyOO, como a la Asignación Familiar, SUF y Aporte Familiar Permanente, se propone:

1. Establecer el concepto y dimensionar la brecha que se pretende abordar mediante un sistema de transferencias a familias con hijos.
2. Establecer un sistema unificado de transferencias monetarias a las familias con hijos<sup>204</sup> que constituya un aporte relevante desde el punto de vista de los montos, y consistente desde el punto de vista del diseño y la cobertura, a la seguridad de ingresos de las familias con NNA. Se recomienda tratar en forma integrada las asignaciones familiares y los bonos a familias en situación de pobreza extrema, eliminando las condicionalidades de estas últimas.
3. Establecer una bonificación relevante, que supere significativamente los montos actuales, del **SUF** y la **Asignación Familiar**, a efecto de cubrir necesidades específicas de las familias en materias de alimentación, salud y educación, que hoy no se encuentren cubiertas por las políticas sectoriales y que permita la estabilidad de ingresos de las familias que presenten niveles de vulnerabilidad en estas materias.
4. Establecer una asignación al 100% de las familias en situación de pobreza extrema que cubra la brecha de ingresos permitiéndoles superar esta condición. Esto significa ampliar y reemplazar las bonificaciones que se entregan en el **SSyOO** en duración (hoy no puede extenderse más de 24 meses) y cobertura.

---

<sup>204</sup> Cabe aclarar que la referencia a un Sistema unificado no refiere a un único bono sino a un sistema unificado y coherente de prestaciones de similar inspiración y población objetivo.

De acuerdo a la metodología actualizada del Ministerio de Desarrollo Social y Familia<sup>205</sup> la tabla con la línea de la pobreza extrema por familia, de acuerdo al número de miembros del hogar, es la siguiente:

TABLA 26.

**Valor de la línea de pobreza extrema por número de integrantes del hogar (pesos diciembre 2019)**

Número de integrantes de hogar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Línea de extrema pobreza	111.982	181.915	241.620	295.522	345.483	392.512	437.236	480.076	521.335	561.238

Fuente: Ministerio de desarrollo Social y Familia, valor de la canasta básica de alimentos y línea de la pobreza, Informe mensual, diciembre 2019.

No se trata entonces de una prestación de monto único por persona o por familia, sino que una asignación variable que depende de los ingresos autónomos de la familia y del número de miembros. Si el caso fuera de una familia de 4 personas que no percibe ningún ingreso autónomo, recibiría del Estado \$ 295.522.

A modo de referencia, en la actualidad, el conjunto de bonificaciones al cual tiene acceso una familia de 4 integrantes del **SSyOO**<sup>206</sup> pueden alcanzar un máximo de \$135.000 mensuales promedio, para los 24 meses del programa. Si se consideran solo las bonificaciones de protección y base familiar, este monto alcanza \$111.460. Se trata de montos coherentes con la propuesta, pero con muy diferente cobertura. Un aspecto muy relevante al momento de realizar el diseño de detalle de la iniciativa propuesta es evitar generar desincentivos al trabajo. En efecto, un ingreso final de un monto único podría generar este tipo de desincentivo.

Por lo anterior, entre otros elementos de diseño, puede ser recomendable mantener y ampliar otras bonificaciones en el subsistema de SSyOO que incentiven el trabajo y el aumento de los ingresos autónomos.

205 Las principales modificaciones realizadas por el Ministerio al cálculo de la línea de la pobreza fueron: i) la actualización de la composición de la canasta básica de alimentos; ii) el cambio del indicador de bienestar de los hogares, reemplazando el ingreso per cápita por el ingreso por persona equivalente o ingreso equivalente del hogar, a fin de considerar no solo el efecto del tamaño del hogar en el bienestar del mismo, sino, además, la existencia de economías de escala en el consumo al interior de los hogares; y iii) el establecimiento de líneas de pobreza y de pobreza extrema sin diferenciación por zona urbana y rural.

206 Para el cálculo se ha supuesto una familia compuesta por padres y dos hijos, un niño y un adolescente, que tienen acceso a todos los bonos. Respecto del Bono de base familiar, se ha supuesto el máximo por persona reportado por el Ministerio (\$28.657)

## 4.1.2. Propuesta de un Sistema de Cuidado para la Primera Infancia

### **Antecedentes Generales**

Todas las personas necesitan alguna vez ser cuidadas, brindar cuidados a otros, y en el futuro necesitaremos cuidado de parte de otros. Esta es una esfera central del bienestar y desarrollo humano (Esquivel, Faur, y Jelin 2012). Según la Convención sobre los Derechos del Niño, los NNA tienen derecho a crecer y desarrollarse en buena salud y con este fin deberán proporcionarse cuidados especiales. Es más, “el cuidado puede ser considerado como un derecho humano” y los Estados deben responder con políticas adecuadas para promover, proteger y garantizar este derecho” (Rodríguez Enríquez 2018).

La promoción, protección y garantía del derecho al cuidado se da a través de un sistema integral de cobertura universal, que responde a la evolución de las necesidades de los niños y niñas a lo largo del ciclo de vida y a sus especificidades, que responden también a la variabilidad de necesidades que pueden tener las diversas familias y que reconoce el trabajo realizado por los y las cuidadoras, en particular el trabajo no remunerado de cuidado.

Los sistemas de cuidado infantil son el conjunto de servicios oportunos y continuos, así como de apoyo a la familia que incluyen acciones de detección/tamizaje, diagnóstico, monitoreo del desarrollo, intervenciones tempranas, terapias y acciones específicas, según la situación particular y única de cada niño o niña (UNICEF 2018).

El cuidado es fundamental para la reproducción de la sociedad y el desarrollo: sostiene a las personas en el día a día y de una generación a la otra. Es más, sin el trabajo del cuidado los individuos, las familias, las sociedades y las economías no podrían sobrevivir (UN Women 2018). La responsabilidad de procurar el cuidado es compartida: le compete a la familia, al Estado, a la comunidad y a la sociedad civil (CEPAL y UNICEF 2011), pero en la práctica, una gran parte del trabajo de cuidado es llevado a cabo por mujeres de manera no remunerada contribuyendo a la desigualdad de género (ILO 2018), lo que hace que el valor social del cuidado se haga invisible por ser trabajo no remunerado. Por ejemplo, de acuerdo a Comunidad Mujer, el valor económico del cuidado no remunerado en Chile equivale a 22% del PIB.

La ausencia de sistemas de cuidado implica costos sociales y económicos en la forma de soluciones frágiles que pueden atentar contra el desarrollo de NNA. También en el desaprovechamiento del “bono de género”, al sub-utilizar el potencial productivo de las mujeres y la reproducción de vulnerabilidad social en grupos de la población ya vulnerables (Esquivel, Faur, y Jelin 2012; CEPAL 2013).

La corresponsabilidad del cuidado en otros países del mundo muestra los países estudiados en el marco de esta consultoría, han avanzado hacia políticas integradas que permiten asegurar el derecho universal al cuidado, salvaguardando las preferencias y necesidades de los hogares y de los y las cuidadoras. Se combinan diversos instrumentos, ya sea en una institución que vela por los NNA, o en sistemas nacionales de cuidado, por lo general radicados en Ministerios de Desarrollo Social o equivalentes. Existe una oferta amplia para que el acceso sea universal, a través de diversas formas de cuidado. Existe, en algunos casos, aporte monetario para las familias que escogen no optar por un cupo colectivo o que no tienen acceso a este. Estos aportes pueden ser condicionales al cumplimiento de condiciones que auguren el cuidado de los niños y niñas.

Francia y Dinamarca promueven la provisión pública de servicios a través de jardines infantiles, guarderías familiares o asistentes maternas y guarderías parentales, horarios extendidos, entre otros. En Dinamarca y República Checa, si los padres deciden no ingresar al niño o niña en la guardería, pueden recibir un aporte económico que reconoce y apoya las labores de cuidado, condicional a requisitos de supervisión. Letonia implementa un esquema similar, pero habiendo baja oferta pública, el aporte funciona más como una asignación familiar, generando incentivos contrarios a los objetivos de conciliación de trabajo y cuidado. En Reino Unido el Estado tiende a cumplir su responsabilidad de cuidado a través de transferencias monetarias, subsidios y exenciones tributarias como los **Créditos al Cuidado**, los **Subsidios al Cuidado de Niños y Niñas**, los **Subsidios al Cuidador** o el **Subsidio de Educación para Padres**. Uruguay, por su parte, ha instalado el Sistema Nacional de Cuidados que organiza la provisión de cuidado para niños y niñas menores de 3 años en guarderías e incluye la profesionalización del trabajo de cuidado remunerado, a través de actividades de capacitación, certificación de las competencias laborales y validación de formaciones previas.

### **La situación en Chile**

El cuidado infantil en Chile se caracteriza por una baja cobertura, baja integración y baja diversidad de las distintas modalidades de cuidado. No existe una ley que garantice el acceso a salas cuna, jardines infantiles u otras necesidades de cuidado. A pesar de los esfuerzos que se han realizado en el marco de **ChCC** para aumentar la cobertura de la Educación Parvularia, esta sigue siendo muy baja en comparación a otros países. No hay diversidad en la oferta que haga frente a las distintas necesidades de cuidado, ni una estrategia que integre las diferentes modalidades existentes. La tasa neta de asistencia a sala cuna (promedio de niñas y niños que asisten a Sala Cuna Menor y Mayor, como proporción del total de menores de dos años) está aún muy lejos de los estándares OCDE. En 2013 esta tasa de 18,4%, contra 32,9% de los países OCDE (Comunidad Mujer 2016).

### **Propuesta de un Sistema de Cuidado Infantil para Chile**

El objetivo del sistema de cuidado infantil que se propone es ofrecer y garantizar, a todos los niños y niñas hasta los 6 años, cuidado acorde a la etapa del ciclo de la vida en que están y acorde a las necesidades de sus hogares, con resguardo al derecho de sus cuidadores y reconociendo la responsabilidad compartida de la familia, el Estado, la sociedad civil y el mercado en el cuidado infantil. Avanzar tal objetivo permite avanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible 1, 2, 3, 4, 5 y 8, entre otros (Rodríguez Enríquez 2018).

### **Líneas de Acción**

Cobertura universal: el sistema deberá ampliar la oferta para alcanzar cobertura lo que implica, por un lado, aumentar la disponibilidad de servicios de cuidado y ofrecer subsidios para aquellas familias que no puedan acceder a servicios de cuidado en el mercado. Implicaría, también, reconocer el cuidado que se brinda en el hogar de modo que esté articulado como una modalidad de cuidado entre las diferentes opciones que se ofrezcan.

Diversificar la oferta:

- Para niños y niñas de 0 a 6 meses se propone complementar el permiso y subsidio de maternidad a todas las madres y padres (no solo a los trabajadores formales).
- Para niños y niñas de 6 meses a 6 años se propone diversificar la oferta de cuidado para complementar salas cunas y jardines infantiles. Se propone, por ejemplo, implementar guarderías familiares o asistentes maternas, en donde

una misma persona (asistente maternal) cuida en su propia casa a un máximo de 4 niños. Los padres son los empleadores de esta cuidadora y el control y la supervisión de esta modalidad de cuidado se lleva a cabo por oficinas para la infancia de cada municipalidad (Francia). Otra modalidad propuesta son las guarderías parentales, organizadas por los mismos padres y bajo la supervisión de las municipalidades (por ejemplo, a través de oficinas para la infancia) (Francia).

Valorar y regular el cuidado en el hogar: una vez consolidada la oferta de cuidado institucionalizado, se propone el establecimiento de pagos por el cuidado, no para suplir la ausencia de oferta sino para cubrir a los hogares que, por diversas razones, escogen el cuidado en el hogar. El pago por el cuidado busca asegurar que esta opción no aumenta el riesgo de que estos hogares caigan en la pobreza.

Es importante considerar que esta compensación por el cuidado debe darse en el contexto de una oferta real y universal de servicios de cuidado, lo que significa llevar el cuidado familiar a constituirse en una verdadera opción, en vez de una opción forzada. Se propone desarrollar los pagos por cuidado en una segunda etapa, cuando se haya consolidado la oferta institucional de cuidado. Para que los pagos estén integrados a un sistema de cuidados, esta compensación debe ser condicional al cumplimiento de requisitos que fomenten el bienestar y desarrollo de niños (República Checa, Dinamarca).

Reconocer y fomentar las competencias asociadas al cuidado: el cuidado, aunque no remunerado, es un trabajo que requiere habilidades, y conocimientos. Se propone reconocer el trabajo no remunerado en el hogar en el marco de Sistema de acreditación competencias laborales **Chile Valora**. Se propone promover la participación de cuidadores remunerados y no remunerados en programas de formación, asociando el posible pago de compensación económica a esta formación y acreditación.

Generar una institucionalidad única a cargo del cuidado: una única institución gubernamental deberá facilitar el desarrollo de un sistema integral que vele por el cumplimiento del objetivo general a través de diferentes instrumentos y modalidades de cuidado, con atención al bienestar y desarrollo de niños, de los cuidadores y las necesidades de los hogares (Uruguay). Esta institución puede delegar las labores de supervisión y fiscalización (Francia), con flexibilidad territorial en la generación de modalidades de cuidados (Dinamarca). Se propone

alojar la institucionalidad del cuidado en la Subsecretaría de la Niñez o en la Subsecretaría de Servicios Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

### **Progresividad y criterios de elegibilidad**

Se propone en un primer momento avanzar en la cobertura de los servicios de cuidado y en la incorporación de modalidades no convencionales, vinculado a un sistema nacional de certificación de competencias. En una segunda etapa, se recomienda implementar un sistema de formación de habilidades parentales y de cuidado y de certificación asociada a una bonificación para los padres y madres cuidadores, con un foco de prioridad en aquellas familias lideradas por madres y/o padres adolescentes y jóvenes.

Se propone que gradualmente lleguen a formar parte de este sistema de cuidado infantil todos los hogares con hijos e hijas entre 0 y 4 años que se ubiquen dentro de los cuatro primeros quintiles de ingresos.

## **4.1.3 Propuesta de Salud Mental con énfasis en adolescencia**

### **Antecedentes Generales**

La adolescencia, que según la OMS va de los 10 a los 19 años, incorpora múltiples cambios físicos, emocionales y sociales que la transforman en una etapa especialmente vulnerable a problemas de salud mental. Se trata de un periodo de importantes transiciones, tanto a nivel fisiológico como social (Balvin y Banati 2017), donde surgen o se consolidan muchos comportamientos ya sea protectores o de riesgo, con efectos importantes sobre la salud futura (Organización Panamericana de la Salud 2018). Estos factores redundan en que los problemas de salud mental –en particular, la depresión–, constituyan la principal causa de morbilidad en los jóvenes. A su vez, este tipo de trastornos tienden a asociarse a diversos problemas sanitarios y sociales, como un consumo más elevado de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas, embarazo adolescente, abandono escolar y conductas delictivas<sup>207</sup>.

El diagnóstico de niños con problemas de salud mental debe comenzar tempranamente, antes de los 11 años, cuando muchos niños y niñas ya experimentan síntomas regulares (Bruckauf 2017); (Balvin y Banati 2017) ; (Parkin, Long, y Gheera 2019). La intervención temprana reporta un doble dividendo: para

---

207 [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/mental\\_health/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/)

los adolescentes ahora y para su vida adulta en el futuro. Por el contrario, si no se invierte hoy lo suficiente en programas de salud para los adolescentes, se corre el riesgo de poner en peligro los avances logrados en los últimos años gracias a las importantes inversiones en programas de salud materno infantil (Organización Panamericana de la Salud 2018). Además, mejorar la salud de los adolescentes reporta beneficios más generales para la economía y la sociedad, plasmados en un incremento de la productividad, una reducción de los costos sanitarios y una mejora del capital social. Sin embargo, la salud mental de los niños y adolescentes ha sido ignorada a menudo en los planes de salud nacionales y globales<sup>208</sup>.

Se debe considerar especialmente la adolescencia temprana, que aparece como la etapa crítica desde el punto de vista de la salud mental. Se trata del periodo donde se aceleran los procesos de crecimiento y aprendizaje, y donde se genera una cascada de cambios hormonales que estimula cambios estructurales y funcionales a nivel cerebral, que explican que esta sea la segunda fase de desarrollo más importante en la vida de las personas. Esta etapa ha sido identificada como aquella donde comienzan una serie de resultados negativos a nivel físico y mental, incluyendo aumento en accidentes, suicidios, homicidios, desórdenes mentales, uso de sustancias, desórdenes alimenticios, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, los cuales llevan a trayectorias de vida negativas (Balvin y Banati 2017). A su vez, se evidencia la necesidad de intervenciones con sensibilidad de género, que tomen en consideración el fortalecimiento de la autoestima de niñas y su capacidad de responder a las presiones de su ambiente social (Bruckauf 2017)

En general, los países incluidos en este estudio incorporan la preocupación por la salud mental en la adolescencia, incluyendo estrategias contra la exclusión, el abuso y la violencia; la promoción de la formación en habilidades para la vida y el aprendizaje socioemocional en las escuelas; la prevención de las autolesiones y el suicidio; y la identificación y gestión temprana de problemas de salud mental.

### **La situación en Chile**

Chile presenta indicadores preocupantes de salud mental adolescente si se compara con el resto de los países incluidos en este estudio. En particular, la tasa de suicidio adolescente es significativamente mayor que en Dinamarca,

---

208 <https://www.unicef.es/prensa/mas-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>

Francia y el Reino Unido. Por su parte, la proporción de estudiantes de 15 años que señalan sentirse “triste siempre” es superior solo en el Reino Unido, mientras que el reporte de *bullying* supera al de Dinamarca y Francia.

En Chile, un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte están determinados por condiciones neuro-psiquiátricas, proporción que aumenta a 30,3% para niños entre 1 y 9 años y a un 38,3% entre los 10 a 19 años<sup>209</sup>.

Frente a esta problemática, el sistema público de salud tiene escasa capacidad de respuesta. Solo un 2,4% del presupuesto en salud se destina a salud mental, cifra similar a la de países con menores recursos que Chile y lejos de la recomendación mínima de la OMS, lo que redundará en una cobertura reducida, orientada a tareas curativas, con alto gasto de bolsillo para las personas y altos niveles de automedicación (De La Barra et al. 2019; Ministerio de Salud de Chile 2017). El plan AUGE incluye solo 4 patologías de salud mental: esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar en mayores de 15 años y consumo perjudicial de alcohol o drogas en personas menores de 20 años<sup>210</sup>. Las desigualdades son agudas: la población que se atiende en el sistema privado recibe 8 veces más tratamientos ambulatorios de salud mental y 1.5 más cuidado hospitalario que la población asegurada por FONASA (De La Barra et al. 2019).

La evidencia para Chile muestra que los trastornos mentales comienzan tempranamente en la vida: datos de 2009 indican que un 27,85% en el grupo de 4 a 11 años presentaba trastorno, mientras que entre los 12 y los 18 esta cifra alcanzó un 16,5%, siendo los más frecuentes los trastornos disruptivos (8%), los trastornos ansiosos (7,4%) y los trastornos depresivos (7%) (De La Barra 2009). Por su parte, considerando que uno de los principales factores de riesgo del suicidio es la presencia de un trastorno mental, es preocupante observar que la tasa de suicidio en el grupo entre 10 a 14 años, aumentara de 0,96 el año 2000 a 1,71 por 100.000 habitantes el año 2014 (Ministerio de Salud de Chile 2017).

La cobertura de atención pública especializada en salud mental para niños y adolescentes es baja. De 345 unidades territoriales de atención primaria ambulatoria, solo 97 cuentan con equipos psiquiátricos para NNA, lo que representa un 28% de cobertura.

209 <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-mental/salud-mental-en-chile/>

210 <https://wfmh.global/mejorando-la-atencion-publica-de-salud-mental-en-chile-hacia-una-ley-de-salud-mental/>

### **Propuestas para una política de salud mental con énfasis en adolescencia**

El objetivo de esta política es mejorar la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de problemas de salud mental en adolescentes, evitando la institucionalización y medicalización excesiva.

#### **Líneas de acción**

Prevención de problemas de salud mental adolescente a nivel comunitario y escolar: la prevención debe incluir, según la OMS, intervenciones orientadas a fortalecer la capacidad de regular emociones, potenciar alternativas frente a comportamientos de riesgo, desarrollar resiliencia ante adversidades y promover entornos sociales favorables. Los programas preventivos deben incluir diversas locaciones, principalmente las escuelas, comunidades, servicios de salud primarios y medios de comunicación<sup>211</sup>.

La evidencia es consistente en plantear que las escuelas son espacios primordiales para promover el bienestar y salud mental de los NNA. Se recomienda que las escuelas ofrezcan consejería especializada, apoyando así la labor de los profesores. En el Reino Unido, por ejemplo, se promueve la figura del Director de Salud Mental y su respectivo personal de apoyo, para trabajar con NNA con problemas moderados de salud mental y operar como contacto con el sistema de salud para aquellos con problemas severos. Además, se establece la necesidad de entrenar a los equipos escolares en salud mental, entregando información a apoderados y cuidadores (Parkin, Long, y Gheera 2019).

El programa **Aulas del Bien Estar** constituye un buen ejemplo de una iniciativa basada en la intersectorialidad y la territorialidad (DEG Ministerio de Educación 2017). Sin embargo, dicho programa se ordena y articula en torno a las necesidades educativas de las escuelas y liceos. Esta propuesta recomienda reforzar el foco en salud mental de NNA acoplado esta prioridad a la tarea formativa que tienen los establecimientos. Los expertos señalan que es frecuente sobrecargar a los educadores de distintas prioridades sociales que no se articulan bien con el quehacer educativo de las escuelas, lo que suele estar destinado a un pobre desempeño. El Director de Salud Mental debe ser un profesional entrenado, con cometido y recursos específicos y cuyo plan de acción debe conversar y

---

211 [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/mental\\_health/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/)

articularse con los instrumentos propios de la gestión escolar: el proyecto educativo y el plan de mejoramiento educativo de los establecimientos.

En síntesis, en esta línea se propone:

- Elaborar un programa de prevención en salud mental de carácter intersectorial y territorial para todos los establecimientos educacionales de la red pública. Se propone que el programa coordine y articule los esfuerzos de los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social y que opere en la escuela a través de la figura de un Encargado Intersectorial de Salud Mental y su equipo, quienes forman parte de la red profesional de apoyo anclada en el Sistema Local de Educación.
- Entregar capacitación en salud mental a profesores y directivos de los establecimientos de la red pública del país, diseñados de manera tal que no sean una sobrecarga mayor para los equipos docentes/directivos.
- Realizar campañas comunicacionales masivas de prevención en salud mental orientada a NNA.

Se recomienda realizar un programa piloto en comunas con mayor prevalencia de trastornos de salud mental en NNA para luego ir ampliando la cobertura hasta la universalidad. El programa deberá instalarse en toda la red escolar pública en un período de cinco años.

Detección y tratamiento temprano de problemas de salud mental en NNA: la detección y tratamiento tempranos son esenciales para evitar la institucionalización y medicalización excesiva, priorizando intervenciones no farmacológicas. Para esto es fundamental formar en salud mental a personas no especialistas y que formen parte del entorno de los NNA<sup>212</sup>. La OMS recomienda que los trabajadores de la salud cuenten con las competencias necesarias para comunicarse y detectar precozmente posibles problemas de salud mental<sup>213</sup>.

La salud mental en Chile se brinda en la atención primaria a partir de un modelo comunitario de atención que intenta evitar la institucionalización y el desarraigo que sufren las personas con enfermedades mentales. El modelo comunitario toma en cuenta las redes sociales en las que el individuo está inserto. En este plano, el sistema chileno ha logrado ciertos avances en términos de la capacidad

212 [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/mental\\_health/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/)

213 [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/mental\\_health/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/)

de atención de los Centros de Salud Mental Comunitaria y Familiar (Ministerio de Salud de Chile 2017).

El nivel secundario de atención corresponde los servicios de especialidad ambulatoria, distribuidos en Chile entre Centros de Salud Mental Comunitaria, Centros Adosados de Especialidades, Centros de Diagnóstico y Tratamiento y Centros de Referencia de Salud o Servicios de Psiquiatría. En este nivel, se recomienda ofrecer servicios focalizados, incluyendo personal especializado para jóvenes infractores de ley y personal especializado en trastornos específicos. Se recomienda ampliar la dotación de especialistas en salud mental de NNA en los Centros de Salud Mental Comunitaria y Familiar del país.

#### **4.1.4. Propuesta de política integral de prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad infantil**

##### **Antecedentes Generales**

El sobrepeso y la obesidad en la niñez es uno de los desafíos más serios de salud pública a nivel global (WHO 2012). En el mediano y largo plazo, la obesidad entre niños es una fuente certera de complicaciones de salud mental y física. Trae consigo malos resultados escolares, enfermedades cardiovasculares, diabetes, la aparición temprana de discapacidad y también muerte prematura. La obesidad infantil conlleva un alto costo social y económico a través de costos directos en prestaciones de salud y en pérdidas de productividad, entre otros (OECD 2019). Prevenir la obesidad infantil es una inversión, es fomentar el ejercicio de los derechos fundamentales de los niños (UNICEF 2019a).

La obesidad y el sobrepeso tienen múltiples causas. Sin embargo, aquellos relacionados con el entorno obesogénico son especialmente relevantes para entender la aparición de obesidad entre NNA. El principal desencadenante de la obesidad infantil es un entorno que promueve la alimentación alta en grasas, azúcares y alimentos ultra procesados y la disminución de la actividad física y el sedentarismo (WHO 2016). Se distinguen tres niveles del entorno obesogénico: entorno familiar, entorno escolar y entorno institucional. Estos factores ya existen en la etapa gestacional y se desarrollan a lo largo del ciclo de vida. En edad escolar, estudios señalan los períodos de vacaciones como críticos en el aumento del peso de los niños y niñas, particularmente en niveles socioeconómicos más

bajos (von Hippel and Workman 2016), por lo que las estrategias deben ser integrales y adaptadas al ciclo de vida de NNA.

### **La situación en Chile**

Chile está entre los países con la más alta prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil. Si en América Latina y el Caribe, un 7,3% de los niños menores de 5 años tenía sobrepeso u obesidad en 2017, esta cifra alcanza el 35% entre niños menores de 6 años en Chile (FAO et al. 2018). Si entre países OCDE la malnutrición por exceso alcanza el 25% de los niños de entre 10 y 15 años (según datos disponibles por país), en Chile este porcentaje alcanza casi el 45% entre niños y niñas de 13 años (OECD 2017). Este porcentaje de malnutrición por exceso ha aumentado de manera sistemática en la última década. En 2007 el 9,6% de los niños menores de seis años que se atienden en el sistema público de salud tenía obesidad, este porcentaje llega al 11,7% en 2017.

Las estadísticas disponibles a nivel escolar en la JUNAEB (2018) indican que la malnutrición por exceso afecta a cerca del 50% de los niños entre prekínder y quinto básico. De manera consistente con los resultados del Ministerio de Salud, el Mapa Nutricional 2018 también revela que la obesidad infantil es levemente superior entre alumnos de zonas rurales que urbanas y tiende a ser mayor en las regiones australes en comparación con aquellas del norte del país<sup>214</sup>.

### **Propuesta de una política integral de prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad infantil**

La propuesta define como objetivo general detener el aumento del sobrepeso y la obesidad en niños y niñas menores de 15 años y disminuir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en las nuevas generaciones. Ello va de la mano con la instalación de prácticas de mejora global en la cultura y hábitos de alimentación y uso del tiempo libre de los niños y jóvenes y sus familias.

La propuesta está dirigida a embarazadas y a niños y niñas de 0 a 15 años y deberá ser coordinado por el Programa **Elige Vivir Sano**, el que deberá ampliar sus facultades y adquirir una visión de derechos. Parte crucial de la estrategia es establecer una sólida alianza entre los Ministerios de Educación y de Salud y las municipalidades.

---

214 Los datos que maneja MINSAL para el cálculo de la obesidad entre niños menores de seis años que se atienden en el sistema público resultan de una evaluación individual realizada por una enfermera en el contexto de un control médico. Los datos de la JUNAEB provienen del Mapa Nutricional que resulta de una encuesta censal aplicada en 9.500 escuelas.

### **Líneas de acción**

Actualizar e intensificar el control durante el embarazo, promover la lactancia materna, la nutrición infantil y asegurar el tratamiento del sobrepeso y la obesidad: durante el embarazo, el sobrepeso y obesidad maternos aumentan el riesgo de complicaciones (en particular muertes fetales) que pueden incrementar el riesgo de mortalidad infantil o de que el NNA padezca obesidad y enfermedades no transmisibles en la edad adulta (WHO 2016). La Organización Mundial de la Salud, destaca que es necesario someter a las embarazadas a controles de salud para detectar en una etapa temprana y tratar debidamente la diabetes gestacional, así como la hipertensión, la depresión y los trastornos mentales inducidos por el embarazo; y prestar atención al aumento de peso durante la gestación, a la calidad de la alimentación y a la práctica de actividad física adecuada (WHO 2016).

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios adecuados, es un factor importante en la reducción del riesgo de obesidad (Horta, de Mola, y Victora 2015). Alentar la ingesta de diferentes alimentos sanos, en lugar de alimentos malsanos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional y bebidas azucaradas, durante este periodo decisivo contribuye a un crecimiento y desarrollo óptimos (WHO 2016).

Se propone, en conjunto con el Ministerio de Salud, la Red de CESFAM, la red de maternidades y centros comunitarios, adoptar las siguientes medidas:

1. Actualización de la normativa para el control prenatal que permita identificar y tratar a tiempo patologías como la diabetes gestacional, la hipertensión, la depresión y los trastornos mentales inducidos por el embarazo; y prestar atención al aumento de peso durante la gestación, a la calidad de la alimentación y a la práctica de actividad física adecuada.
2. Apoyar la lactancia materna a través de campañas de comunicación durante el período gestacional, apoyo directo a través de consultoras de lactancia en hospitales y acreditación de monitores comunitarios de lactancia materna.
3. Acceso gratuito a prestaciones de prevención de sobrepeso y obesidad infantil incluyendo atención de nutricionista y terapia psicológica a lo largo del ciclo de vida de NNA.

Control del entorno obesogénico para favorecer la actividad física y la mejora nutricional:

1. Revisar los programas de alimentación escolar para disminuir la ingesta calórica y promover hábitos de alimentación saludables que puedan traspasarse al entorno familiar (Dinamarca, Francia).
2. Promover la educación nutricional dentro del currículum escolar, el desarrollo y difusión de guías alimentarias, estrategias educativas en medios de comunicación masivos (TV, radio, redes sociales) y comunitarias (p. ej. talleres familiares en centros comunitarios) (Francia).
3. Promover la venta de frutas y verduras en kioscos, particularmente en la cercanía de establecimientos educacionales y plazas.
4. Revitalizar el uso de plazas y espacios de esparcimiento al aire libre para promover la actividad física.
5. Implementar monitores de juego en establecimientos educacionales para promover el juego libre activo entre NNA.

#### **4.1.5. Propuesta de Inclusión Social de Migrantes, Personas en Situación de Discapacidad y Población LGTBI**

##### **Antecedentes generales**

La desigualdad social no se expresa únicamente en forma de diversidad de los ingresos entre las personas. La desigualdad puede derivar también de la discriminación por diversos motivos, como por tener capacidades desiguales, diferencias de origen étnico y racial, de género, etc. Ser indígena, migrante, discapacitado, homosexual, significa tener en la sociedad una posición inicial desventajosa con relación a quienes no tienen esa raza, estatus migratorio, características físicas u orientación sexual. Generalmente, estas categorías conllevan distintas condiciones económicas, acceso a servicios, protección pública, oportunidades de educación o empleo, cuyo efecto principal será hacer a los individuos más vulnerables a la exclusión, al abuso, la discriminación y/o la violencia. Desde una perspectiva de derechos humanos, la exclusión social resulta inaceptable porque impide el desarrollo humano y supone la negación de la democracia y de la ciudadanía (OEA 2011).

La exclusión social de NNA por pertenecer a ciertas categorías sociales conlleva a situaciones de vulnerabilidad que impactan de modo diverso y con disímil intensidad, las condiciones materiales y simbólicas, que garantizan el acceso a los derechos sociales, económicos y culturales (Capriati 2015; Pecheny 2013), lo que vuelve imperativo desarrollar políticas de inclusión social.

En Chile, la discusión sobre la protección y el reconocimiento de derechos a personas pertenecientes a grupos vulnerables o históricamente discriminados en materia de inclusión escolar, ha avanzado en el último tiempo. La Ley N°20.845, conocida como la **Ley de Inclusión Escolar**, estableció como principios del sistema educacional chileno la equidad, la integración e inclusión, la interculturalidad y la dignidad del ser humano; entre otros. Estos principios consagran una educación que llegue a todos los niños y niñas del país, sin discriminación de ningún tipo. Estos principios están en concordancia con otras normas del ordenamiento jurídico, como la Ley N° 20.609 o Ley antidiscriminación (conocida también como **Ley Zamudio**); la Ley N° 21.120 o Ley de identidad de género que permite el cambio de nombre y sexo registral de una persona y la ley N° 19.253 o **Ley indígena**.

En materia administrativa, también ha habido diferentes disposiciones y políticas públicas que buscan promover los derechos educacionales de NNA pertenecientes a grupos especialmente vulnerables o que han sido históricamente discriminados. Este tipo de procedimiento permite, en el caso de niños y niñas que se encuentran en una situación migratoria irregular y no cuentan con un rol único nacional, puedan acceder a un **Identificador Provisorio Escolar (IPE)**, que les permite obtener una matrícula definitiva, independiente de su situación migratoria. Otro ejemplo de normativa administrativa es la que regula la participación de niños y niñas trans en el sistema educacional, regulando el uso del nombre social, autorizando utilizar el uniforme correspondiente al género con que se identifica, y facilitación del uso de baños, camarines y duchas de acuerdo con su identidad de género. Finalmente, en materia indígena, se cuenta con la beca indígena para niños y niñas pertenecientes a pueblos originarios para que puedan continuar sus procesos educativos con apoyo financiero del Estado; además de los programas existentes sobre educación intercultural.

Si bien los logros comentados son importantes, el tema de la inclusión social de sectores vulnerables no está resuelto en Chile, lo que redundará en que un

porcentaje de la población infantil y adolescente experimente diversos problemas asociados a las dificultades de inclusión social: deficiente acceso a servicios sociales, acceso a servicios incompletos o insuficientes, falencias de calidad y problemas de segregación y/o estigmatización.

Así lo señala el último examen de nuestro país ante el Comité de Derechos del Niño, destinado a evaluar nuestro desempeño en la implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño, que establece en sus artículos 28 y 29 el derecho a la educación de niños y niñas en igualdad de oportunidades. El examen señala que el Estado chileno debe “reforzar las políticas y programas destinados a combatir las múltiples formas de discriminación de que son víctimas las niñas, los niños indígenas de ambos sexos y los niños con discapacidad de ambos sexos<sup>215</sup>”. En relación a niños y niñas, LGBTI recomienda que se “redoblen los esfuerzos destinados a combatir las actitudes negativas y eliminar la discriminación de que son víctimas los niños/as, como consecuencia de su orientación sexual, su identidad de género o características sexuales, reales o supuestas<sup>216</sup>”. Respecto a niños y niñas indígenas, el Comité recomendó al Estado que “intensifique los esfuerzos por conseguir el acceso de todos los niños indígenas a servicios de salud y educación y a servicios sociales básicos, sin discriminación alguna<sup>217</sup>”. En relación con niños y niñas migrantes, indicó que se “lleve a cabo un plan integral de inclusión social de los migrantes, entre otras cosas mediante campañas de concienciación para promover el respeto y la inclusión<sup>218</sup>”.

### **La situación en Chile**

Al año 2019, la matrícula escolar de Chile era de 3.611.044 estudiantes, tanto en la educación pública, particular subvencionada y privada. De ese total, 80.747 corresponden a niños migrantes de las cinco principales colonias que existen en nuestro país, siendo la más numerosa la venezolana (39.011), luego la colombiana (11.246), la boliviana (10.894), la peruana (10.480), y finalmente la haitiana (9.116).

---

215 Comité de Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Chile. CRC/C/CHL/Co/4-5. Párrafo 25 letra a). 2017.

216 Comité de Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Chile. CRC/C/CHL/Co/4-5. Párrafo 25 letra b). 2017.

217 Comité de Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Chile. CRC/C/CHL/Co/4-5. Párrafo 80 letra c). 2017.

218 Comité de Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Chile. CRC/C/CHL/Co/4-5. Párrafo 77 letra c). 2017.

Por su parte, en Chile existen 229.904 NNA en situación de discapacidad, de acuerdo con el último Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC)<sup>219</sup>, realizado por el Servicio Nacional de la Discapacidad, en el año 2015. De ellos, un 62,7% son niños, un 37,3% son niñas; y en el rango entre 4 y 17 años, un 4% no asiste a un establecimiento educacional, mientras que, en el mismo rango etario de niños y niñas sin discapacidad, esa cifra es de un 1,6%. Es fundamental indagar sobre esta brecha de acceso para conocer las razones que impiden la asistencia escolar a esos niños y niñas que hoy están excluidos del sistema educativo.

Respecto a niños y niñas indígenas, de acuerdo con el Censo de 2017, el 12,8% de la población en Chile pertenece a algún pueblo originario; sin embargo, no fue posible encontrar cifras específicas respecto a infancia y adolescencia indígena en el país. Lo mismo ocurre con la población LGBTI, donde no existen números respecto a NNA pertenecientes a este grupo. Sin embargo, Adimark<sup>220</sup> hizo una encuesta el año 2017 donde determinó que el 10% de los encuestados era homosexual o bisexual. No hay información sobre población trans en el contexto escolar ni nacional.

La inclusión escolar en Chile no ha sido abordada integralmente, aunque existen distintas figuras, programas y normativas que atienden diversos aspectos de grupos específicos. La primera es la figura del Encargado de Convivencia Escolar que creó la ley N°20.536 sobre violencia escolar. Se establece la función de implementar acciones destinadas a promover la buena convivencia escolar y prevenir toda forma de violencia física y psicológica. Si bien esta figura se ha implementado en la mayoría de los establecimientos educacionales del país, no tiene una relación directa con inclusión de niños y niñas de grupos que requieren protección reforzada. El objetivo principal de este encargado es la implementación y ejecución de las medidas que defina el Consejo Escolar o el Comité de Buena Convivencia Escolar, relacionado principalmente con contenidos de prevención de violencia.

Por otro lado, existen los **Programas de Integración Escolar**, PIE, los que puede desarrollar un establecimiento o un grupo de ellos, con el objeto de contribuir al mejoramiento de la calidad de la educación de niños y niñas con algún tipo

---

219 Servicio Nacional de la Discapacidad. Segundo Estudio Nacional de Discapacidad. 2015.

220 GfK Adimark. "La sexualidad de los chilenos". Encuesta, 2017.

de discapacidad. Funciona a través de una subvención que se entrega a los establecimientos por cada estudiante con discapacidad. Es optativo para los establecimientos educacionales y requiere de una postulación al Ministerio de Educación. Actualmente, 5.759 establecimientos educacionales están inscritos del programa en el registro del Ministerio de Educación, lo cual representa casi la mitad de los establecimientos educacionales del país. Sin embargo, dependiendo del tipo de discapacidad que se trate, los números se limitan. Solo hay 162 establecimientos inscritos para recibir niños con sordera; 292 para niños con discapacidad motora grave y 898 para niños con discapacidad motora moderada. En el caso de niños con ceguera, solo 107 establecimientos del país están inscritos, sin haber ninguno en la Región de Arica y Parinacota. Para niños y niñas con trastorno de déficit atencional solo hay 139 establecimientos inscritos a nivel nacional; y apenas 34 para niños y niñas con síndrome de Down, sin presencia de ninguno en las regiones de Ñuble y Aysén.

Este programa funciona sobre la base de subvención por cada niño o niña matriculado en el establecimiento educacional inscrito, de modo que el aporte que se reciba del Estado dependerá de la cantidad de niños y niñas con discapacidad inscrito. Ello no garantiza disponer de los recursos, humanos y financieros, para atender la diversidad.

Recomendación de política Inclusión Social de migrantes, personas en situación de discapacidad y población LGTBI.

El objetivo de la propuesta es instalar medidas que contribuyan a la inclusión social de NNA migrantes, personas en situación de discapacidad y población LGTBI que enfrentan barreras y dificultades de inclusión por sus atributos individuales.

### **Líneas de acción**

Implementar en todos los establecimientos educacionales del país la figura de un Director de Inclusión, encargado de velar por el pleno ejercicio del derecho a la educación de NNA, especialmente, de aquellos pertenecientes a grupos vulnerables o históricamente discriminados, con énfasis en niños migrantes, en situación de discapacidad, LGTBI e indígenas. Esta función podría ser entregada a los inspectores generales, o bien la figura podría coincidir con el encargado de convivencia escolar. Estos directores deberán manejar el marco normativo

de protección y promoción del derecho a la educación de niños y niñas, lo cual deberá ser acreditado por la Superintendencia de Educación, que deberá llevar un proceso de validación de conocimientos sobre el marco normativo existente. Asimismo, la política de inclusión de cada establecimiento deberá ser definida y revisada de manera periódica por el Ministerio de Educación, a través del sistema local de educación, que deberá dar los objetivos políticos y componentes técnicos para su desarrollo y ejecución. Los contenidos mínimos de esa política deberán incorporarse en los respectivos planes de mejoramiento escolar y en los planes estratégicos locales.

Nivelación de lenguaje: implementar programas de nivelación de lenguaje para aquellos estudiantes migrantes cuya primera lengua no es el castellano, y que lo requieran para poder ingresar y avanzar progresivamente en sus estudios escolares. Estos programas deberán existir en aquellas comunas, o grupos de comunas, con mayor porcentaje de población migrante. En razón de la distribución de la inmigración haitiana en el país (que es aquella que no tiene como lengua materna el castellano), debería instalarse un programa piloto de nivelación de lenguaje en la comuna de Valparaíso; uno en la zona norte de Santiago para las comunas de Independencia, Recoleta y Quilicura; y uno para la zona centro de la capital, para las comunas de Santiago y Estación Central.

Adecuación de infraestructura: se propone implementar un fondo de apoyo financiero a establecimientos educacionales para la adecuación de infraestructura, con el objetivo de dar condiciones de accesibilidad a aquellos niños y niñas que presenten algún tipo de discapacidad física. Este fondo deberá contar con las ayudas técnicas para la definición de dichas condiciones de accesibilidad, de modo que puedan guiar al establecimiento educacional en la definición de los espacios que requerirán la adecuación, como también en las características técnicas que deben reunir dichas modificaciones para asegurar el acceso de personas en situación de discapacidad.

#### **4.1.6 Instalar un sistema de garantías en materias de salud y cuidado infantil**

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados tienen el deber de asegurar que se cumplan los derechos de NNA y lo que se observa es que no todos esos derechos y sus correlativas prestaciones están garantizadas.

Asimismo, como se mencionó en la sección conceptual, no todas las materias requieren de un sistema formal de garantías administrativas para la protección integral de derechos.

Establecer garantías administrativas en determinadas prestaciones tiene como objeto principal acercar a la ciudadanía a la exigibilidad de esas prestaciones, evitándoles incurrir en gastos propios de la judicialización, excesivos tiempos de espera para la resolución de los casos, e inciertos resultados. La garantía administrativa tiene un carácter más cercano a la voluntad política del Poder Ejecutivo y, por tanto, el gobierno y la autoridad administrativa puede hacerlas más estrictas o laxas, dependiendo de la flexibilidad y las facultades que haya entregado el legislador al órgano fiscalizador. La garantía administrativa por excelencia en Chile, son las **Garantías Explícitas de Salud (GES)** en la que juegan importantes roles de garantes la Superintendencia de Salud como órgano fiscalizador y el Ministerio de Salud como órgano de definición política.

Entonces cabe preguntarse, ¿qué prestaciones, y por qué, deben estar garantizadas a través de un mecanismo especial, radicado en sede administrativa?

Deberían tener garantía administrativa todas aquellas prestaciones que, de no entregarse, entregarse tardíamente, o sin la calidad suficiente, signifiquen un perjuicio irreparable, o secuelas definitivas en el futuro, para niños y niñas. Siguiendo este criterio, se recomienda que cuenten con respaldo administrativo para la protección integral de derechos todos los programas de salud dirigidos a NNA, incluidos salud mental, salud bucal, ayudas técnicas para niños en situación de discapacidad y salud nutricional, y que estas garantías se ejerzan fortaleciendo las atribuciones de la Superintendencia de Salud. Al mismo tiempo, se recomienda la instalación de un resultado incierto, al mel legislador para establecer garabtestaciones; y, finalmente, tiene un resultado incierto, al muna garantía administrativa de acceso y calidad a un Sistema Nacional de cuidado infantil y educación de primera infancia, fortaleciendo en este caso el rol del MDSF junto a los Sistemas Locales de Educación y la Superintendencia de Aseguramiento de Calidad de la Educación.

## 4.2 Comentarios finales

Como se puede apreciar, las propuestas presentadas abren un abanico de medidas asociadas a cinco áreas estimadas prioritarias y propias de un PPS. Las recomendaciones son complementarias y de diferente índole, algunas suponen acuerdos intersectoriales, cambios estructurales y culturales, como aquellos que pretenden modificar el entorno obesogénico que está amenazando la salud de NNA; otras supone nuevas formas de trabajo y coordinación entre agentes públicos en el ámbito escolar; otras requieren modificaciones legales, como se propone en torno al cuidado infantil, o rediseño de sistemas en curso, como se recomienda para las transferencias de ingresos a familias con hijos. La Tabla 27 resume la propuesta en las cinco áreas consideradas, sus objetivos y las medidas propuestas, para fortalecer un PPS para NNA en Chile.

TABLA 27.

### Síntesis de Programas y recomendaciones para fortalecer un PPS para NNA en Chile 2020

PROPUESTA	OBJETIVO	MEDIDAS
Hacia una transferencia única de ingreso a familias con hijos	Proveer de seguridad de ingreso a las familias vulnerables con hijos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer el concepto y dimensionar la brecha que se pretende abordar mediante el sistema de transferencias a familias con hijos.</li> <li>2. Establecer un sistema unificado de transferencias monetarias a las familias con hijos, que constituya un aporte relevante desde el punto de vista de los montos, y consistente desde el punto de vista del diseño y la cobertura, a la seguridad de ingresos de las familias con NNA. Se recomienda tratar en forma integrada las asignaciones familiares y los bonos a familias en situación de pobreza extrema, eliminando las condicionalidades.</li> <li>3. Establecer una bonificación relevante, que supere significativamente los montos actuales, del SUF y la Asignación Familiar.</li> <li>4. Establecer un solo bono en el subsistema SSyOO, que cubra al 100% de la población sujeto potencial de la intervención (no solo a los participantes del subsistema) con un monto que cubra la brecha de ingresos respecto de la línea de ingreso que define el nivel de la pobreza extrema.</li> </ol>
Sistema de Cuidado para la Primera Infancia	Ofrecer y garantizar, a todos los niños y niñas hasta los 4 años, cuidado acorde a la etapa del ciclo de la vida en que están y acorde a las necesidades de sus hogares, con resguardo al derecho de sus cuidadores.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantizar por ley el acceso al cuidado a lo largo del ciclo de la vida de niños y niñas, reconociendo la responsabilidad compartida del cuidado.</li> <li>2. Ampliar la oferta de cuidado institucional para niños y niñas menores de 4 años en salas cuna, jardines infantiles y ofrecer acceso a servicios de cuidado al menos para todos los hogares de los cuatro primeros quintiles.</li> <li>3. Diversificar la oferta regulada, certificada y subvencionada de cuidado para considerar tanto cuidados colectivos (p. ej. salas cuna y jardines infantiles) como aquellas de menor escala (asistentes maternas) y familiar (apoyo al cuidado en el hogar) para satisfacer las necesidades de niños y niñas y resguardar los derechos de los y las cuidadores.</li> <li>4. Apoyar el trabajo de cuidado remunerado por medio de la participación en programas de formación y fomentar la supervisión de este.</li> <li>5. Reconocer y regular el trabajo doméstico no remunerado de cuidado a través de aportes fiscales para el cuidado condicionales al cumplimiento de requisitos de formación y supervisión.</li> <li>6. Generar una institucionalidad única a cargo del cuidado que regule, certifique, fiscalice y apoye las diferentes modalidades de cuidado.</li> </ol>

Salud mental con énfasis en adolescencia	Mejorar la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de problemas de salud mental en adolescentes, evitando la institucionalización y medicalización excesiva.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar un programa de prevención en salud mental de carácter intersectorial y territorial para todos los establecimientos educacionales de la red pública. Se propone que el programa coordine y articule los esfuerzos de los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social y que opere en la escuela a través de la figura de un Encargado Intersectorial de Salud Mental y su equipo.</li> <li>2. Entregar capacitación en salud mental a profesores y directivos de los establecimientos de la red pública del país.</li> <li>3. Realizar campañas comunicacionales masivas de prevención en salud mental orientada a NNA.</li> <li>4. Ampliar la dotación de especialistas en salud mental de NNA en los Centros de Salud Mental Comunitaria y Familiar del país.</li> <li>5. Instalar un sistema de garantías administrativas para todos los programas de salud dirigidos a NNA, incluidos salud mental, salud bucal, ayudas técnicas para niños/as en situación de discapacidad y salud nutricional fortaleciendo las atribuciones de la Superintendencia de Salud.</li> </ol>
Prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad infantil	Detener el aumento del sobrepeso y la obesidad en niños y niñas menores de 15 años y disminuir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en las nuevas generaciones.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actualización de la normativa para el control prenatal que permita identificar y tratar a tiempo patologías y prestar atención al aumento de peso durante la gestación.</li> <li>2. Apoyar la lactancia materna a través de campañas de comunicación durante el período gestacional y apoyo directo a través de consultoras de lactancia.</li> <li>3. Acceso gratuito a prestaciones de prevención de sobrepeso y obesidad infantil, incluyendo atención de nutricionista y terapia psicológica.</li> <li>4. Revisar los programas de alimentación escolar para disminuir la ingesta calórica y promover hábitos de alimentación saludables que puedan traspasarse al entorno familiar.</li> <li>5. Promover la educación nutricional dentro del currículum escolar, el desarrollo y difusión de guías alimentarias, estrategias educativas en medios de comunicación masivos y comunitarios.</li> <li>6. Promover la venta de frutas y verduras en kioscos, particularmente en la cercanía de establecimientos educacionales y plazas.</li> <li>7. Revitalizar el uso de plazas y espacios de esparcimiento al aire libre para promover la actividad física.</li> <li>8. Implementar monitores de juego en establecimientos educacionales para promover el juego libre activo entre NNA.</li> </ol>
Inclusión social de migrantes, población con discapacidades y población LGTBI	El objetivo de la propuesta es instalar medidas que contribuyan a la inclusión social de NNA migrantes, personas en situación de discapacidad y población LGTBI que enfrentan barreras y dificultades de inclusión por sus atributos individuales.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar en todos los establecimientos educacionales del país la figura de un Director de Inclusión.</li> <li>2. Por medio de la Superintendencia de Educación, validar conocimientos sobre marco normativo existente en Chile y normas de inclusión social de población con discapacidad.</li> <li>3. Fortalecer el rol de los Sistemas Locales de Educación que deberá dar los objetivos políticos y componentes técnicos para el desarrollo y ejecución de la política local de inclusión.</li> <li>4. Implementar programas de nivelación de lenguaje para aquellos estudiantes migrantes cuya primera lengua no es el castellano.</li> <li>5. Implementar un fondo de apoyo financiero a establecimientos educacionales para la adecuación de infraestructura.</li> <li>6. Instalación de un resultado incierto, al mel legislador para establecer garabtestaciones; y, finalmente, tiene un resultado incierto, al muna garantía administrativa para el cuidado infantil y educación de primera infancia, fortaleciendo el rol del MDSF junto a los Sistemas Locales de Educación y la Superintendencia de Aseguramiento de Calidad de la Educación.</li> </ol>

## 5. Conclusiones

Al revisar los antecedentes que permitieron generar esta propuesta, en especial la experiencia de países de similar o mayor desarrollo que Chile, se pudo constatar que los países más desarrollados destacan, en particular, por la universalidad de sus prestaciones combinada con un sistema asentado en el nivel local, en el vínculo cara a cara y en el papel que desempeñan agentes que actúan como apoyo directo de las familias en diversas materias. Los sistemas de protección social analizados abordan a las familias con hijos en su conjunto, lo que deriva en medidas que van en apoyo de los niños en el ámbito escolar y de la salud, pero también en el apoyo de los padres como cuidadores y principales responsables, por medio de subsidios y apoyos económicos, licencias y exenciones y sistemas de acompañamiento. Las modalidades de cuidado disponibles son heterogéneas y flexibles, pero ampliamente reforzadas por esquemas de respaldo profesional calificado. Todos los países cuentan con programas de salud mental y brindan especial trato a la población adolescente. Cuentan también con programas de inclusión social que atienden exclusiones derivadas de la condición de migrante, origen indígena, con discapacidades u orientación sexual.

El análisis del caso chileno permitió apreciar que se ha recorrido una larga trayectoria y acumulado un conjunto de políticas, programas y medidas orientados a defender y proteger los derechos de la infancia y, en menor medida, la adolescencia. Si bien algunas políticas o programas tienen muchos años de antigüedad, como la educación pública obligatoria o el **Programa de Alimentación Complementaria**, a partir de los años 2000 se observa un claro giro hacia un enfoque de derechos económicos y sociales. Entre los años 2002 y 2009 se instala el concepto de protección social como eje de la política social. Se trata, en general, de políticas que operan bajo la lógica de derechos garantizados por ley, lo que implica que toda persona que cumpla con las condiciones de elegibilidad requeridas tiene derecho a acceder a los beneficios que le correspondan. Es así como, en la actualidad, la oferta pública de protección social dirigida a NNA se define, comunica e implementa desde una perspectiva de derechos, lo que influye de manera determinante en el tipo de medidas que progresivamente se implementan.

El estudio comparado y el análisis del sistema de protección social chileno permitieron destacar acciones en curso que son valiosas e imprescindibles para un PPS orientado a la infancia y adolescencia y, a la vez, apreciar brechas de diverso tipo: de oferta, de suficiencia, de cobertura, de calidad, lo que motivó a formular una propuesta que, por un lado, pretende

mejorar y fortalecer los aspectos más importantes del sistema de protección social actual en Chile, a la vez que sugiere ampliar sustantivamente cinco áreas de intervención insuficientemente abordadas hasta la fecha.

El PPS propuesto se organiza en torno a las dimensiones Ingreso, Cuidado Infantil, Salud Mental, Alimentación y Educación y consta de 25 políticas, programas o prestaciones.

Las áreas en las que se proponen mejoras sustantivas son las siguientes:

- Sistema Unificado de Transferencias de Ingreso para Familias con Hijos, con el que las medidas que se propone son modificar las transferencias dirigidas a pobreza extrema de forma de establecer un solo bono que garantice a las familias un ingreso igual o mayor al que establece la línea de pobreza extrema; mejorar el monto de las asignaciones familiares y redefinir el criterio de asignación del SUF para clarificar qué necesidades pretende resolver.
- Sistema Nacional de Cuidado de la Primera Infancia, se propone un sistema con cobertura universal, formación y certificación de cuidadoras, introducción de modalidades no convencionales y, en el futuro, bonificación a los padres si deciden ser ellos los cuidadores.
- Programa de Salud Mental para adolescentes, se propone un sistema de prevención y alerta temprana localizado en la escuela y vinculado al proyecto educativo escolar.
- Prevención de la Obesidad infantil y adolescente; se propone mejorar la nutrición de NNA a lo largo del ciclo de vida mediante medidas educativas, modificación del entorno escolar y modificación a las raciones alimenticias; disminuir la obesidad y el sobrepeso entre mujeres embarazadas y reducir la disponibilidad y publicidad de alimentos no saludables.
- Inclusión Social de migrantes, de personas en situación de discapacidad, población indígena y población LGTBI, se propone dotar a todos los colegios del país de los recursos y capacidades para atender a la diversidad tomando como puntal inicial la experiencia en curso sobre Convivencia Escolar que se realiza en aproximadamente la mitad de los establecimientos educacionales del país.

Adicionalmente se propone instalar sistemas de garantía de derechos por vía administrativa, utilizando el ejemplo del programa **AUGE**, para dos ámbitos de atención a la infancia y adolescencia. Se recomienda que cuenten con respaldo administrativo para la protección integral de derechos todos los programas de salud dirigidos a NNA, incluidos salud mental, salud bucal, ayudas técnicas para niños en situación de discapacidad y salud nutricional y que estas garantías se ejerzan fortaleciendo las atribuciones de la Superintendencia de Salud.

Al mismo tiempo, se recomienda la instalación de un resultado incierto, al mel legislador para establecer garantías; y, finalmente, tiene un resultado incierto, al muna garantía administrativa para el cuidado infantil y educación de primera infancia, fortaleciendo en este caso el rol del MDSF junto a los Sistemas Locales de Educación y la Superintendencia de Aseguramiento de Calidad de la Educación.

La implementación de las medidas propuestas variará de acuerdo a la decisión política, capacidad fiscal y definiciones técnicas específicas. Muchas de ellas deberán ser de carácter progresivo y algunas requerirán experiencias piloto previas. Algunas son de rápida resolución, pero la mayoría de las propuestas requieren estudios adicionales y diseños específicos. Es importante reforzar el rol y liderazgo que corresponde al Ministerio de Desarrollo Social y Familia e impulsar la adopción de un PPS sensible a los derechos de los NNA en Chile.

# Glosario de Siglas

- AFC** Administradora del Fondo de Cesantía
- AFP** Administradora de Fondos Previsionales
- APS** Acompañamiento Psicosocial
- ASL** Acompañamiento Socio Laboral
- ASSE** Administradora de los Servicios de Salud (Uruguay)
- AUGE** Acceso Universal de Garantías Explícitas (de Salud)
- CAIF** Centros de Atención a la Infancia y a la Familia (Uruguay)
- CAMHS** Servicios de Salud Mental para Niños/as y Adolescentes (Reino Unido)
- CAF** Caja de Administraciones Familiares (Francia)
- CAPI** Centros de Primera Infancia (Uruguay)
- CASEN** Caracterización Socioeconómica de Hogares
- CEIP** Consejo de Educación Inicial y Primaria, Uruguay
- CEPAL** Comisión Económica para América Latina
- CESFAM** Centro Comunitario de Salud Familiar
- CDN** Convención sobre los Derechos del Niño
- CESFAM** Centro de Salud Familiar
- ChCC** Chile Crece Contigo
- CISEPI** Programa de Cuidado e Inclusión Socioeducativa para la Primera Infancia (Uruguay)
- CLCA** Complemento por Libre Elección de Actividad (Francia)
- CMG** Complemento por Libre Elección de la Modalidad de Cuidado (Francia)
- COMPIN** Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez
- CONADI** Corporación Nacional de Desarrollo Indígena
- COSAM** Centro de Salud Mental
- DEG** Dirección General de Educación
- DINAE** Dirección Nacional de Empleo (Uruguay)
- DIPRES** Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda
- ENDISC** Estudio Nacional de Discapacidad
- FONASA** Fondo Nacional de Salud
- FFAA** Fuerzas Armadas
- GES** Garantías Explícitas de Salud
- IFE** Ingreso Familiar de Emergencia
- IMG** Ingreso Mínimo Garantizado
- IND** Instituto Nacional de Deporte
- INEFOP** Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (Uruguay)
- IPE** Rol Provisorio Escolar
- ISAPRE** Instituciones de Salud Previsional
- JUNAEB** Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas

- JUNJI** Junta Nacional de Jardines Infantiles
- LGE** Ley General de Educación
- LGTBI** Lesbianas, Gays, Transgénero, Bisexuales e Intersexuales
- MDSF** Ministerio de Desarrollo Social y Familia
- NHS** Sistema Nacional de Salud (sigla en inglés)
- NNA** Niños, Niñas y Adolescentes
- OCDE** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- ODS** Objetivos de Desarrollo Sustentable
- OIT** Organización Internacional del Trabajo
- OMS** Organización Mundial de la Salud
- PADN** Programa de Apoyo Biopsicosocial al Recién Nacido
- PAJE** Prestaciones por Acogimiento de Hijo de Corta Edad (Francia)
- PDI** Policía de Investigaciones
- PEC** Para que Estudie Contigo
- PEEE** Programa de Enriquecimiento a la Experiencia Educativa
- PIB** Producto Interno Bruto
- PIE** Programa de Integración Educativa
- PMI** Protección Materno Infantil, Francia
- PNAC** Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- PPS** Piso de Protección Social
- PUMA** Protección Universal de Enfermedad
- RUN** Rol Único Nacional
- SENADIS** Servicio Nacional de la Discapacidad
- SENDA** Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol
- SEREMI** Secretaría Regional Ministerial
- SERENAR** Programa de Seguro al Recién Nacido (Uruguay)
- SEP** Subvención Escolar Preferencial
- SNIC** Sistema Nacional de Cuidados
- SSOO** Seguridades y Oportunidades
- SUF** Subsidio Único Familiar
- UNICEF** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- USE** Unidad de Subvención Educativa

# Referencias

Acosta, Elaine. 2013. "La (Deficitaria y Desigual) Organización Social y Gestión Familiar Del Cuidado En Chile y Su Relación Con La Feminización de Los Flujos Migratorios." In *Congreso ALAS*. Santiago de Chile.

Arellano, María Soledad. 2013. "El Ingreso Ético Familiar: Sobre El Diseño y Sus Componentes." In *Ingreso Ético Familiar: Innovando En La Lucha Contra La Pobreza*, edited by Jorge Fantuzzi M. Ediciones LyD.

Balvin, Nikola, and Prerna Banati. 2017. *The Adolescent Brain: A Second Window of Opportunity*. Unicef.

Bonilla García, A., and J.V. Gruat. 2003. "Social Protection. A Life Cycle Continuum Investment for Social Justice, Poverty Reduction and Sustainable Development." Geneva.

Bruckauf, Zlata. 2017. "Adolescents' Mental Health: Out of the Shadows."

Capriati, Alejandro José. 2015. "Desigualdades y Vulnerabilidades en la Condición Juvenil: El Desafío de la Inclusión Social." *Convergencia* 22 (69).

Cecchini, Simone, Fernando Filgueira, Rodrigo Martínez, and Cecilia Rossel. 2015. *Instrumentos de Protección Social*.

CEPAL. 2013. "Programas para el Cuidado y el Desarrollo Infantil Temprano en los Países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA)." Ciudad de México.

———. 2019. "Propuesta de Agenda Regional de Desarrollo Inclusivo." In *XI Foro Ministerial Para El Desarrollo En América Latina y El Caribe*.

CEPAL, and UNICEF. 2011. "Cuidado Infantil y Licencias Parentales." *Desafíos: Boletín de La Infancia y Adolescencia Sobre El Avance de Los Objetivos de Desarrollo Del Milenio*, no. 12.

———. 2020. "Nota Conceptual Sobre Piso de Protección Social Sensible a los Derechos de la Niñez." In.

Comunidad Mujer. 2016. "Mujer y Trabajo: Sala Cuna, Un Derecho Para Madres y Padres Trabajadores."

Crichigno, Patricio. 1992. "Surgimiento del Estado de Bienestar y las Políticas Públicas en América Latina."

DEG Ministerio de Educación. 2017. "Modelo de Gestión Intersectorial Aulas del Bien Estar."

DIPRES. 2015. "Evaluación Ex-Post : Conceptos y Metodologías."

Esping-Andersen, Gøsta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.

Esquivel, Valeria, Eleonor Faur, and Elizabeth Jelin, eds. 2012. *Las Lógicas del Cuidado Infantil: Entre las Familias, el Estado y el Mercado*. Buenos Aires: UNICEF / UNFPA / IDES.

FAO, OPS, WFP, and UNICEF. 2018. "Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y El Caribe."

Filgueira, Fernando. 1998. *El Nuevo Modelo de Prestaciones Sociales En América Latina: Eficiencia, Residualismo y Ciudadanía Estratificada*. San José: FLACSO.

Filgueira, Fernando, and Cecilia Rossel. 2017. "Confronting Inequality: Social Protection for Families and Early Childhood through Monetary Transfers and Care Worldwide." ECLAC Social Policy Series, 90.

Gacitúa-Marió, Estanislao, Andrew Norton, and Sophia V. Georgieva. 2009. *Building Equality and Opportunity through Social Guarantees*. Edited by Estanislao Gacitúa-Marió, Andrew Norton, and Sophia V. Georgieva. World Bank.

Hippel, P. T. von, and J Workman. 2016. "From Kindergarten through Second Grade, US Children's Obesity Prevalence Grows Only during Summer Vacations." *Obesity* 24 (11).

Horta, BL, Loret de Mola, and CG. Victora. 2015. "Long-Term Consequences of Breastfeeding on Cholesterol, Obesity, Systolic Blood Pressure and Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Acta Paediatrica* 104.

Human Rights Council. 2014. "Social Protection Floors and Economic and Social Rights."

Huneeus, Cristóbal, and Andrea Repetto. 2013. "Los Desafíos Pendientes del Ingreso Ético Familiar." In *Ingreso Ético Familiar: Innovando en la Lucha Contra la Pobreza*, edited by Jorge Fantuzzi M. Ediciones LyD.

ILO. 2015. "Social Protection for Children: Key Policy Trends and Statistics." *Social Protection Policy Papers*, no. 14.

———. 2018. "Care Work and Care Jobs." Geneva.

ILO, and UNICEF. 2019. "Towards Universal Social Protection for Children: Achieving SDG 1.3."

JUNAEB. 2018. "Mapa Nutricional 2018."

Kast, Felipe. 2013. "Las Claves del Ingreso Ético Familiar." In *Ingreso Ético Familiar: Innovando en la Lucha Contra la Pobreza*, edited by Jorge Fantuzzi M. Ediciones LyD.

Koch, Kira Johanna, Camilo Cid Pedraza, and Andreas Schmid. 2017. "Out-of-Pocket Expenditure and Financial Protection in the Chilean Health Care System-A Systematic Review." *Health Policy* 121 (5): 481–94.

La Barra, Flora De, Matías Irrarrázaval, Ana Valdés, and Gonzalo Soto-Brandt. 2019. "Evolving Child and Adolescent Mental Health and Development Programs in Chile." *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health* 43: 1–5. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.33>.

La Barra M., Flora De. 2009. "Epidemiología de Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes: Estudios de Prevalencia." *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 47 (4): 303–14.

Larrañaga, Osvaldo. 2013. "Historia Reciente de la Política Contra la Pobreza En Chile." In *Ingreso Ético Familiar: Innovando en la Lucha Contra la Pobreza*, edited by Jorge Fantuzzi M. Ediciones LyD.

Lauzadyte-Tutliene, A., T. Balezentis, and E. Goculenko. 2018. "Welfare State in Central and Eastern Europe." *Economics & Sociology* 11 (1): 100–123.

Marcel, Mario, and Elizabeth Rivera. 2008. "Regímenes de Bienestar En América Latina." In *Redes, Estado y Mercados. Soportes de La Cohesión Social Latinoamericana*, edited by Eugenio Tironi. Santiago de Chile: Uqbar Editores.

Martínez Franzoni, J., and K. Voorend. 2008. "Transferencias Condicionadas e Igualdad de Género: ¿Blancos, Negros o Grises?" *Revista de Ciencias Sociales* 4 (122).

Martínez, Juliana. 2008. "Welfare Regimes in Latin America: Capturing Constellations of Markets, Families, and Policies." *Latin American Politics and Society* 50 (2): 67–100.

McMenamin, Iain. 2003. "Is There an East-Central European Variety of Democratic Capitalism? A Twenty-Two Country Cluster Analysis."

MIDEPLAN, and MINSAL. 2010. "Cuatro Años Creciendo Juntos. Memoria Chile Crece Contigo 2006-2010."

MINEDUC, and Subsecretaría de educación parvularia. 2018. "Más Salas Cuna y Jardines Infantiles Para Chile."

Ministerio de Salud de Chile. 2017. "Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025," 206. <https://www.minsal.cl/salud-mental/>.

Miorelli, Romina. 2018. "Variations of Consolidation: Cash Transfer Programme Reforms in Chile and Ecuador." *Canadian Journal of Development Studies* 39 (1): 55–71.

Molina Milman, Helia, Claudio A. Castillo, Andrea Torres Sansotta, Paula Valenzuela Delpiano, and John Murray. 2018. "Scaling up an Early Childhood Development Programme through a National Multisectoral Approach to Social Protection: Lessons from Chile Crece Contigo." *BMJ (Online)* 363.

Molyneux, M. 2006. "Mothers at the Service of the New Poverty Agenda: Progresas/ Oportunidades, Mexico's Conditional Transfer Programme." *Social Policy and Administration* 40 (4).

OEA. 2011. *Desigualdad e Inclusión Social En Las Américas*.

OECD. 2011. *Doing Better for Families: United States*. <https://doi.org/10.1787/888932392457>.

———. 2017. "Obesity Update."

———. 2018. *Social Protection System Review: A Toolkit*. Paris: OECD Publishing.

———. 2019. "The Heavy Burden of Obesity." Paris.

OECD European Observatory on Health Systems and Policies. 2017. "State of Health in the EU. Denmark Country Health Profile 2017."

OIT. 2004. "Por una Globalización Justa: Crear Oportunidades para Todos. Informe de la Comisión Mundial Sobre la Dimensión Social de la Globalización." Ginebra.

———. 2011. "Piso de Protección Social Para una Globalización Equitativa e Inclusiva." Ginebra.

Organización Panamericana de la salud (OPS). 2018. "Aceleración Mundial de las Medidas para Promover la Salud de los Adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la Aplicación en los Países."

Orlando, Adriana. 2016. *Tiempos de Cuidado...* Montevideo: Cotidiano Mujer.

Parkin, Elizabeth, Rob Long, and Manjit Gheera. 2019. "Children and Young People ' s Mental Health Training Resource Compendium."

Pecheny, Mario. 2013. "Desigualdades Estructurales, Salud de Jóvenes LGBT y Lagunas de Conocimiento: ¿Qué Sabemos y Qué Preguntamos?" *Temas de Psicología* 21 (2).

Real Academia Española. 2014. *Diccionario de La Lengua Española*.

Rodríguez Enríquez, Corina. 2018. "Sistemas de Cuidados y ODSs: Políticas Públicas para la Sostenibilidad de la Vida."

Rudra, Nita. 2005. "Globalization, Democracy and Effective Welfare Spending in the Developing World." *Comparative Political Studies* 8 (9): 704–30.

Saab, Silke. 2013. "Protección Social para la Infancia y Adolescencia en Chile." *Serie Políticas Sociales*. Santiago de Chile.

Saavedra Norambuena, Claudia. 2015. "¿Qué es Chile Crece Contigo?" Santiago de Chile.

Sanfilippo, Marco, Chris De Neubourg, and Bruno Martorano. 2012. "The Impact of Social Protection on Children." Florence.

Saracostti, Mahia. 2010. "Constructing Chile's Social Protection System: From Early Childhood to Old Age." *International Social Work* 53 (4): 568–74.

Serrano, Claudia. 2005. "La Política Social en la Globalización. Programas de Protección En América Latina." *Serie Mujer y Desarrollo*.

Subsecretaría de Educación Parvularia. 2019. "Informe de Caracterización de la Educación Parvularia."

Sunkel, Guillermo. 2006. *El Papel de la Familia en la Protección Social en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.

UN Women. 2018. "Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development."

UNICEF. 2014. *Assessing Child-Sensitivity in Social Protection. A Toolkit for Social Transfers*.

———. 2017. "Constitución Política e Infancia. Una Mirada Desde los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes En Chile."

———. 2018. "Marco de Componentes Esenciales para Cuidado Infantil y Apoyo Familiar." Ciudad de Panamá.

———. 2019a. "Obesidad: Una Cuestión de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes."

———. 2019b. "Towards Universal Social Protection for Children: Achieving SDG 1.3."

———. 2019c. "UNICEF's Global Social Protection Programme Framework." New York.

United Nations. 2018. "Promoting Inclusion through Social Protection. Report on the World Social Situation 2018." New York: United Nations.

Villegas A., María Fernanda. 2018. "Sobre Proyecto de Ley que Crea Ministerio de Familia y Desarrollo Social y Modifica Ley 20.530."

WHO. 2012. "Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health."

———. 2016. "Ending Childhood Obesity."

Wolfe, Ingrid, Louise Sigfrid, Neil Chanchlani, and Simon Lenton. 2016. "Child Health Systems in the United Kingdom (England)." *Journal of Pediatrics* 177: S217–42.