

El presente artículo revela con claridad el impacto perverso del actual marco jurídico que regula, desde hace décadas, la atención a la infancia en riesgo social, o vulnerada en sus derechos. En efecto, uno de los componentes principales del actual sistema, como es "el diagnóstico sobre el niño/a" que es solicitado por el Juez de Menores, así como los aspectos legales-administrativos del proceso, han pasado a constituir los ejes centrales del quehacer institucional y no el niño/a con sus derechos. En términos concretos, este marco jurídico ha generado, dentro de otros aspectos, una estructura de programas donde los establecimientos creados para el diagnóstico de niños/as tienen la hegemonía dentro de la Red, considerando los recursos que captan y la atención que requieren desde los niveles centrales del sistema; todo ello en desmedro de otros programas de real beneficio para los niños/as. El artículo cobra relevancia hoy día, considerando que el Servicio Nacional de Menores está proponiendo una Reforma Integral al actual sistema de atención a la infancia, donde uno de sus aspectos centrales es cambiar el actual marco legal, de concepción paternalista y arraigado en la doctrina tutelar de protección de "menores", hacia la idea de crear e implementar un nuevo marco jurídico inspirado en la Convención sobre los Derechos del Niño.



Los Centros de Diagnóstico del Sistema de Protección a la Infancia en Chile:

Un Análisis Crítico¹

Jorge Álvarez Chuart²

Los COD y los CTD

Los centros denominados COD (Centros de Observación y Diagnóstico) y los CTD (Centros de Tránsito y Distribución) son establecimientos de internado y de carácter transitorio para el niño/a. Su función principal es apoyar técnicamente a los Magistrados de Menores en el diagnóstico de niños/as y adolescentes que ingresan a los tribunales, a fin de que los jueces cuenten con antecedentes para tomar una decisión respecto a su derivación.

En los últimos años, la creación de centros de diagnóstico, COD y CTD, ha sido una política impulsada con gran decisión, lo cual se ha reflejado en la puesta en marcha de 15 centros nuevos, en un período de diez años; es decir, entre 1989 y 1998 ha existido un crecimiento

¹ Este artículo fue presentado con el título original "Análisis de los Centros de Diagnóstico (COD y CTD internado)".
² Sociólogo, Unidad de Planificación, Servicio Nacional de Menores.

del 68 % (de 22 a 37 centros). Más aún, existe un plan de infraestructura de SENAME que pretende que en todas las regiones del país exista al menos un centro de diagnóstico para jóvenes infractores de ley, COD.

Lo anterior está relacionado con la decisión asumida el año 1990 por el Servicio Nacional de Menores, de administrar directamente centros de diagnóstico, los cuales hoy día totalizan 20 establecimientos bajo esta modalidad. Esta decisión también ha implicado una fuerte inyección de recursos hacia este sector, lo cual se visualiza claramente al constatar que durante 1989 se asignó un total de 2.561 millones de pesos a los centros de diagnóstico y en 1998 la suma alcanzó a 4.967 millones, vale decir un aumento del 94 % (\$ a Junio de 1998)³.

La situación señalada ha significado una mejora sustancial en la atención que se entrega a los niños al interior de estos centros, principalmente en aspectos relacionados con la alimentación, el vestuario, la limpieza y también en la rapidez con que se efectúan los diagnósticos⁴.

No obstante lo anterior, existen escasos antecedentes sistematizados que permitan tener una visión clara sobre la gestión de los COD y CTD, respecto a las funciones que les competen al interior de la Red de atención. Es decir, se conoce poco sobre aspectos tales como:

- Si realmente los COD-CTD cumplen la función de ser la puerta de entrada a sistemas de tratamiento de la Red de atención (prevención, protección y rehabilitación)⁵.

3 Incluye centros financiados vía DFL.1.385 y por Administración Directa.

4 Esta situación ha sido descrita por innumerables informes de supervisión realizados por las Direcciones Regionales de SENAME.

5 Ésta fue un argumento que se utilizó para que muchos de los centros de diagnóstico pasaran a ser administrados

- Si efectivamente estos centros cumplen la función de ser como un "filtro" de la población menor de edad con necesidades sociales, permitiendo el ingreso a los sistemas de tratamiento de los niños y jóvenes que más lo necesitan; es decir ¿inciden los COD-CTD en localizar el ingreso a la Red de atención?
- Si el diagnóstico que efectúan los COD-CTD es confiable y útil para los programas de tratamiento de la red de atención. Vale decir, los programas de tratamiento (prevención, protección o rehabilitación), ¿utilizan el diagnóstico efectuado en un COD o CTD, al ingresar un niño proveniente de allí?

En este sentido, el presente artículo tiene el propósito de entregar antecedentes que permitan dar cuenta de la gestión en cada uno de los ámbitos señalados, con el objeto de contar con insumos válidos para la toma de decisiones.

Para estos efectos, se analizará la información correspondiente al año 1997 consignada en la Unidad de Computación de SENAME.

Vínculos entre los COD-CTD y la Red Asistencial:

¿Son los Centros de Diagnóstico la puerta de entrada a la Red de Atención?

En primer término, cabe señalar que el concepto "Red de atención del Servicio Nacional de Menores" se refiere a la existencia de una serie de programas interconectados entre sí, como una "malla" que tiene el propósito de "sostener" o "levantar" a los niños/as más vulnerables, es decir, a los que han sido grave-

directamente por SENAME, señalando las autoridades de la época que "la puerta de entrada al sistema de atención a menores debía estar en manos del Estado y no de privados o Instituciones Colaboradoras".

mente vulnerados en sus derechos o los infractores de ley. Como fue señalado dentro de esta Red, los centros definidos como COD y CTD cumplen un papel relevante, ya que tienen como función principal ser "la puerta de entrada"; en efecto, su tarea es realizar el diagnóstico del niño/a o adolescente que llega a la Red y proponer su derivación (la que puede ser a su familia, a adopción o, algún programa de tratamiento o intervención). Es decir, en estos establecimientos no se entrega una atención en términos de "un tratamiento" a los niños/as, ya que generalmente su permanencia es sólo de unos cuantos días; y además es bueno que ello sea así -según los criterios de SENAME-, porque la idea es que la intervención se realice en un centro especializado para ello.

Considerando lo anterior, se espera que a los niños o jóvenes, una vez diagnosticados en los COD-CTD y definidas sus necesidades o carencias en los aspectos familiares y/o conductuales (en sus diversos grados), se les entregue algún tipo de intervención en la Red de atención, es decir, en unidades o centros de prevención, protección y rehabilitación, en modalidades diurna o internado.

Al respecto los datos muestran lo siguiente:

Tabla N°1
LUGAR DE EGRESO DE COD Y CTD, SEGÚN TIPO DE NIÑO
TOTALES 1997

CAUSAL DE INGRESO AL COD/CTD	LUGAR DE EGRESO				TOTAL
	Familia de origen o solo	Programa no Sename	Otro lugar	A la Red de SENAME	
Infracciones de ley	3838	273	2221	059	7290
Problemas graves de tutela	1285	81	810	1570	3735
niños de prevención	1666	54	626	587	2913
no son sujetos de SENAME	158	4	46	54	262
TOTALES	7045	392	3712	3049	14198

Nota: El casillero "a la Red SENAME" incluye todos los programas internado y diurno DFL 1385 y del Programa de Apoyo. Además, la derivación a adopción o familia sustitua.

Tabla N°2
LUGAR DE EGRESO DE COD Y CTD, SEGÚN TIPO DE NIÑO (AÑO 1997)

CAUSAL DE INGRESO AL COD/CTD	LUGAR DE EGRESO				TOTAL
	Familia de origen o solo	Programa no Sename	Otro lugar	A la Red de SENAME	
Infracciones de ley	54,02	3,74	30,47	11,77	100,00
Problemas graves de tutela	34,40	1,63	21,83	42,03	100,00
niños de prevención	57,19	1,85	21,49	19,46	100,00
no son sujetos de SENAME	63,00	1,54	17,89	20,77	100,00
TOTALES	46,62	2,76	28,14	21,47	100,00

Nota: El casillero "a la Red SENAME" incluye todos los programas internado y diurno DFL 1385 y del Programa de Apoyo. Además, la derivación a adopción o familia sustitua.

En las tablas anteriores se aprecia que de un total de 14.198 niños/as que egresaron de los COD y CTD durante 1997, sólo un 21,47 % lo hizo a programas de tratamiento de la Red SENAME (incluido adopción), es decir, casi un quinto del total. En otros términos, 10.889 niños/as y adolescentes, que según el diagnóstico efectuado presentaban causales de ingreso que evidenciaban carencias o necesidades no fueron derivados a programa alguno⁶. Ésta es una situación que amerita ser investigada, a fin de determinar si la causa responde a un problema de escasez de vacantes en los programas de tratamiento o se debe a problemas de coordinación de la Red de atención; básicamente en las instancias: centros COD-CTD con programas de tratamiento y/o Tribunales de Menores.

En todo caso, este dato sobre los niños/as que "pasan" por los COD y CTD y no ingresan a los programas de SENAME,

6. De la cifra 11.149 niños que no ingresaron a ningún programa de tratamiento, se excluyeron los niños diagnosticados que fueron definidos como "no sujetos de atención de SENAME".

deberá ser considerado en los estudios de demanda que realice este Servicio, ya que por cierto, corresponde a un número significativo de niños.

La situación descrita es más dramática aún, al observar en las mismas tablas, que del total de niños/as ingresados a COD y CTD por infracciones a la ley (7.290) sólo egresó a programas de tratamiento un 11,77 %, es decir, la mayoría de los adolescentes se fueron a su casa sin recibir atención, sólo se les efectuó un diagnóstico. Así, no es de extrañar los porcentajes de reingreso que actualmente se observan en los COD y CTD, y las fugas o motines al interior de estos centros, ya que muchos de estos adolescentes deben estar habituados al circuito:

ingreso COD-CTD - egreso a su casa - reingreso a COD-CTD; innumerables veces.

En otros términos, la delincuencia juvenil está pasando por la puerta o por las "narices" de SENAME y no se les entrega la atención rehabilitadora necesaria, en un programa específico para ello.

Comentarios similares se podrían hacer para los altos porcentajes de niños/as que tampoco ingresan a los programas de tratamiento y son diagnosticados con causales de ingreso relativas a protección y prevención.

Al respecto, una tabla más detallada de los cuadros anteriores nos puede dar más luces sobre esta última problemática.

TABLA N°3
TIPO DE NIÑO INGRESADO A COD CTD, SEGÚN LUGAR DE EGRESO

CAUSAL DE INGRESO AL COD CTD	LUGAR DE EGRESO						TOTAL
	Sin dato	Familia biológica	Con pareja o solo	a la Red SENAME	Programa no SENAME	Otro lugar	
Delitos contra las personas	12	234	19	41	33	51	390
Delitos contra la propiedad	106	2.936	170	647	222	1.474	6.555
Tráfico de drogas	1	37	6	6	2	19	71
Consumo de drogas	-	47	5	16	2	8	78
Delitos sexuales	56	421	83	148	14	494	1.196
Sufren maltrato	23	348	13	448	17	178	1.027
Sufren abuso sexual	3	78	4	97	3	42	227
Niños abandonados	4	27	10	228	2	30	304
Necesidad de protección	20	764	39	795	38	519	2.165
Niños sin lugar donde vivir	-	4	-	2	1	-	7
Niños en riesgo social	15	1.169	85	481	46	573	2.659
Familia en que viven de allegados	-	11	-	1	-	2	14
Niños sólo probl. socioeconóm.	-	24	-	22	3	49	
Niños con probl. de vivienda	1	95	2	53	8	32	191
No son sujetos de atención	-	154	2	54	4	46	260
TOTAL	241	6.639	406	3.049	392	3.471	14.198

Nota: El casillero "a la Red SENAME" incluye todos los programas internado y diurnos DFL 1385 y del Programa de Apoyo. Además, la derivación a adopción o familia sustituta.

En la tabla anterior se observa que 1.254 niños/as ingresaron a los COD-CTD por sufrir maltrato o abuso sexual, que son causales de ingreso prioritarias para los programas de SENAME en el área de protección y prevención; sin embargo, sólo 545 niños egresaron a un programa de tratamiento, es decir, el 43,46% de ellos. El resto, los 709 niños egresaron con sólo el diagnóstico. Asimismo, los niños/as con vulneraciones a sus derechos propias del área de prevención (generalmente desajuste conductual), el porcentaje de egreso a un programa es del 18,46%.

En síntesis, podemos concluir que los sistemas COD-CTD no están cumpliendo apropiadamente la función que se les asigna, de ser la "puerta de entrada a la Red de atención del Servicio Nacional de Menores". Asimismo, cabe preguntarse: ¿por qué la mayoría de niños que fueron internados para ser diagnosticados, egresa a su familia o residencia sin ningún tipo de programa o tratamiento? ¿Cuál fue el beneficio para estos niños?

Impacto de los COD-CTD en la focalización de los ingresos a la Red de Atención

Relacionado con la función anteriormente analizada de los COD-CTD, relativa a constituir "la puerta de entrada" a la Red, se espera también que estos centros promuevan una adecuada focalización, egresando (o enviando) a los sistemas de tratamiento a los niños/as y adolescentes que presentan las mayores necesidades o vulnerabilidad.

Es decir, como estos centros son los encargados de efectuar el diagnóstico, es de esperar que los niños/as con más necesidades sean derivados para una oportuna atención en los programas existentes para ello en la Red. Los datos muestran lo siguiente:

TABLA N° 4
PORCENTAJE DE NIÑOS DE COD Y CTD INGRESADOS A LA RED DE TRATAMIENTO DE SENAME, EN ORDEN DESCENDENTE

CAUSAL DE INGRESO AL CTD Y COD	LUGAR DE EGRESO		
	A la Red SENAME (*)	A otros lugares	TOTAL
Niños de protección (abandono)	73,8	26,2	100
Niños sólo problema socioeconómico	44,9	55,1	100
Niños de protección (maltrato)	43,6	56,4	100
Niños de protección (abuso sexual)	42,7	57,3	100
Con problemas graves de tuición	36,7	63,3	100
Niños sin lugar donde vivir	28,6	71,4	100
Niños con problemas de vivienda	27,7	72,3	100
Niños que no son sujetos de atención	20,8	79,2	100
Niños con problemas de drogas	20,5	79,5	100
Niños de prevención	18,5	81,5	100
Delitos sexuales	12,4	87,6	100
Delitos contra la propiedad	11,6	88,4	100
Delitos contra las personas	10,5	89,5	100
Tráfico de drogas	8,5	91,5	100
TOTAL	21,5	78,5	100

Nota: El casillero "a la Red SENAME" incluye todos los programas internado y diurnos DFL 1385 y del Programa de Apoyo. Además la derivación a adopción o familia sustituta.

En la tabla anterior se observa que el tipo de niños/as que más ingresa desde los COD-CTD a los programas de tratamiento de la Red son los definidos como "abandonados", lo cual podría ser un buen indicador en términos de la focalización que genera el sistema de diagnóstico. Sin embargo, ello no es un gran logro de estos centros y de la Red de atención, ya que la mayoría de estos niños/as van directamente a una medida de adopción, y además no tienen la posibilidad de volver a su domicilio, por lo cual, de alguna

manera, los programas deben hacerse cargo de ellos. Es más, llama la atención que la cifra de egreso a alguna medida sea del 73,8% de los niños/as abandonados y no cercana al ciento por ciento.

En el otro extremo de la tabla, es decir, los niños/as que menos ingresan desde los COD-CTD a los programas de tratamiento, se visualizan los adolescentes que han cometido infracciones a la ley. Vale decir, los que presentan causales de ingreso definidas como "delitos sexuales", "delitos contra la propiedad", "delitos contra las personas" y "tráfico de drogas". En otros términos, los niños/as con mayores necesidades de atención no egresan a los sistemas de tratamiento, sino con sólo el diagnóstico.

Lo anterior es consecuente con el dato de que los niños/as que presentan sólo "problemas socioeconómicos" son los que tienen el segundo lugar en términos del egreso desde los COD-CTD a los sistemas de tratamiento. Así, sorprende que una problemática que no debería ser preocupación de SENAME sea una de las que más ingresan a la Red en términos proporcionales.

En síntesis, se puede señalar, que la contribución COD y CTD, en términos de su impacto en la focalización de los ingresos a la Red de atención, no es la esperada.

Confiabilidad y utilidad de los diagnósticos efectuados por los COD- CTD

Como ya fue señalado, la función prioritaria de los COD-CTD es efectuar un diagnóstico de los niños/as ingresados para determinar su situación social- familiar y proponer una medida a los Tribunales de Menores. Por tanto, la confiabilidad del diagnóstico, en términos de definir acertadamente las causas por las cuales debe ser atendido un niño, es lo mínimo que se espera de estos centros.

Así, un adolescente, por ejemplo, que el COD-CTD lo diagnosticó como "infractor de ley", y luego lo egresó a un programa de tratamiento, lo lógico es que en este programa, si se le efectúa un nuevo diagnóstico al momento de ingresar, se le diagnostique como causal de ingreso "infractor de ley", igual que el COD-CTD. Si ello ocurre así, diremos que el diagnóstico de los COD-CTD es confiable. Para ello, se compararon los diagnósticos de 584 niños/as ingresados a los COD-CTD y egresados a los programas de tratamiento, donde también se les efectuó otro diagnóstico⁷. Los meses estudiados fueron entre enero y junio de 1997.

Los datos muestran lo siguiente:

TABLA N°5
NIÑOS EGRESADOS DE COD-CTD A LOS PROGRAMAS DE LA RED,
SEGÚN MANTENCIÓN O CAMBIO DEL DIAGNÓSTICO.

Meses estudiados	Total	Se mantuvo el diagnóstico	Cambió el diagnóstico	% que cambió su diagnóstico
ENERO	142	92	50	35,21
FEBRERO	98	69	29	29,59
MARZO	81	66	15	18,52
ABRIL	97	69	28	28,87
MAYO	88	63	26	29,21
JUNIO	77	52	25	32,47
TOTAL	584	411	173	29,62

En la tabla anterior, se observa que los diagnósticos que efectúan los programas de tratamiento difieren en un 29,62% de los que realizaron los COD-CTD, a los mismos niños/as. Es decir, en casi en un tercio de la población diag-

⁷ Este número corresponde a una búsqueda efectuada en la base de datos de SENAME, correspondiente a niños egresados de COD-CTD y pesquisados en los programas de tratamiento donde fueron derivados. La búsqueda fue mensual, entre los meses de enero y junio de 1997.

nosticada en ambas instancias la causal de ingreso definida no fue la misma.

Cabe señalar que cuando evidenciamos que se diagnosticaron causales de ingreso distintas entre ambos tipos de centros, nos estamos refiriendo a diferencias gruesas; es decir, por ejemplo, un niño/a que en el centro de diagnóstico fue definido como infractor de ley, en el programa fue definido como un niño/a de protección, etc.

En suma, según la información analizada se constató que en uno de cada tres niños/as que ingresan a la Red, su diagnóstico difiere -en términos de la situación que motivó su ingreso-, entre el COD-CTD y un programa de tratamiento. Lo anterior evidencia la necesidad de que en la Red se utilicen instrumentos para el diagnóstico que sean homogéneos y estándares; aspecto que hoy no ocurre.

Comentarios finales

Generalmente, cuando se han efectuado análisis sobre los centros de diagnóstico, COD y CTD, se han investigado aspectos relacionados con la gestión interna de estos establecimientos (permanencia de los niños, fugas, motines, etc.), pero no se habían sistematizado indicadores que permitieran evaluar la función de estos centros en términos de su vinculación con el resto de la Red de atención, como se ha realizado en el presente trabajo.

En este sentido, considerando la información analizada anteriormente, se puede observar que las funciones que generalmente se le atribuyen a los COD-CTD al interior de la Red de atención, no se cumplen efectivamente, o no son tales. Sin embargo, cabe precisar que esta situación no es sólo responsabilidad de la ges-

ción de estos centros, ya que ellos son sólo una de las instancias de un sistema mayor, que también está integrado por los Tribunales de Menores, la Policía y las instituciones colaboradoras.

Así, se pudo constatar en los acápites anteriores que: **i)** Estos centros **no** son la "puerta de entrada" a la Red de atención, ya que sólo el 25,86% de los niños y jóvenes diagnosticados como vulnerables o como infractores de ley es egresado a los programas de tratamiento; **ii)** Tampoco tienen un impacto en la focalización de la Red, ya que de los niños que egresan de los COD-CTD a los programas de tratamiento, en su mayoría, no son los que más lo necesitaban (o con más vulnerabilidad), y **iii)** finalmente, el diagnóstico que realizan los COD-CTD en un 30% es diferente al que efectúan los programas de tratamiento (en términos de las causales de ingreso) a los mismos niños.

Por tanto, las preguntas que cabe hacerse son: ¿cuál es la utilidad de los COD-CTD para los niños que allí ingresan?; y ¿cuál es su utilidad para el sistema de atención a niños y jóvenes existente en el país?

Más allá de estas preguntas, se puede señalar que los centros de diagnóstico, sobre todo los COD, más que realizar las funciones que explícitamente se les asignan, al parecer, cumplen una función que hoy es más bien encubierta, o que no se ha expresado claramente; nos referimos a la **función de sanción o retención de los niños/as y adolescentes en estos centros**, práctica que estarían usando los jueces de menores a falta de una justicia de responsabilidad juvenil. Ello es la única explicación a la pregunta formulada al inicio del documento: *¿por qué niños que fueron internados para ser diagnosticados, después la mayoría egresa a su familia o residencia?*

Asimismo, la interrogante que se desprende del párrafo anterior es: ¿Cuál será el papel de los COD-CTD una vez implementada la nueva ley de Justicia juvenil? A la luz de los datos, este tipo de centros debería desaparecer y los niños y adolescentes deberían ingresar directamente a los programas; a su vez, la función diagnóstica debería ser sólo ambulatoria.

Sin embargo, mientras no desaparezcan los COD-CTD, un punto que es necesario comentar se refiere a la necesidad de entregar algún tipo de atención a los 10.889 niños y jóvenes al año que sólo pasan por los COD-CTD y no llegan a los programas de tratamiento.

Al respecto, se propone crear un programa nuevo que consistiría en que una vez egresado

el niño del COD-CTD, no sea sacado de su domicilio o de su actividad normal, sino que se le brinde un apoyo en esos mismos lugares, a él y a su familia. En este sentido, un programa integrado por "delegados", es decir, por profesionales que visitarían al niño o joven cada cierto periodo, y se preocuparían de apoyarlo en su actividad escolar o laboral, de sus relaciones con otros pares, de su vida familiar y afectiva, etc. Es decir, estamos hablando de un programa que permitiría efectuar una verdadera "*prevención focalizada*", ya que se estaría preocupando de niños que ya han sido diagnosticados con determinadas necesidades sociales y familiares, pero que hoy día no están recibiendo atención alguna.