



PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE NORMAS PARA EL RETORNO SEGURO EN LA EDUCACIÓN INICIAL, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19.

A.- ANTECEDENTES:

Hoy nos encontramos frente a una amenaza de carácter mundial: la propagación del virus COVID-19. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el brote de COVID-19 como una pandemia global, debido a los niveles alarmantes y graves de propagación¹.

Ahora bien, este virus contiene un alto grado de mortalidad con más de 380 mil casos de personas fallecidas en todo el mundo, hasta la fecha, siendo los países más afectados USA, Reino Unido e Italia. En el Ranking Mundial, el cual considera 203 países, nuestro país ocupa el octavo lugar de contagios. Chile tiene una de las más altas tasas de letalidad (3,8%), en tanto que Colombia tiene un 3,4% y Argentina un 1,8% (Informe DEIS, y Web Ministerio de Salud).

En nuestro país la cifra de contagios asciende a 364.723 personas. Según el informe DEIS y la web del Ministerio de Salud del 25 de julio 2020, los contagios entre niños y niñas menores de 9 años son actualmente 11.380, con una tasa de 479 por cien habitantes en dicho grupo etáreo. ²En este sentido, se reportan, entre los meses de marzo a julio 2020, 40 fallecidos entre los 0 y 14 años, 18 niños y niñas menores a 1 años y 10 niños y niñas entre 1 y 4 años y entre 5 y 9, 6 niños y niñas y entre 9 y 14 años 6 niños y niñas, lo que representa un 6,6% del total de muertes en ese rango etáreo, lo cual es una realidad dramática.

A raíz de esta grave crisis, el Ministerio de Educación suspendió la realización de clases presenciales en todos los establecimientos educativos del país, estableciéndose la continuidad educativa de manera remota.

Por otra parte, 816.814 niños y niñas se matricularon en algún establecimiento de educación parvularia en sus diferentes niveles, según se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla N°1 Matrícula en Educación Parvularia por dependencia y nivel, año 2019.

Nivel	Edad	Sub-división Nivel	Matrícula
Sala Cuna	0 a 1 año	Sala Cuna Menor	18.690
	1 a 2 años	Sala Cuna Mayor	37.523
Nivel Medio	2 a 3 años	Medio Menor	67.252
	3 a 4 años	Medio Mayor	133.659
Nivel Transición	4 a 5 años	Primer Nivel de Transición (NT1)	229.170
	5 a 6 años	Segundo Nivel de Transición (NT2)	232.641
Heterogéneo Sala Cuna	0 a 2 años	Salas Cunas o Sala Cuna Heterogénea	38.084
Heterogéneo Nivel Medio	2 a 4 años	Niveles Medios o Nivel Medio Heterogéneo	5.561
Heterogéneo Niveles Transición	4 a 6 años	Transiciones o Transición Heterogéneo	197
Heterogéneo Medio y Transición	2 a 6 años	Medio y Transición o Heterogéneo	54.037
Total Matrícula			816.814

Fuente: Base de Datos de Matrícula Educación Parvularia Oficial agosto 2019, Centro de Estudios MINEDUC.

¹ Información disponible en: <https://www.minsal.cl/la-oms-declara-el-brote-de-coronavirus-pandemia-global/>

² Tasa de cálculo de acuerdo a Censo 2017



También es importante señalar que la cobertura de establecimientos particulares de educación parvularia no incluye a los establecimientos particulares a nivel nacional, según se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla N°2 Cobertura por Niveles e Instituciones Año 2019

Dependencia	Sala Cuna Menor	Sala Cuna Mayor	Nivel Medio Menor	Nivel Medio Mayor	NT1 (Pre Kinder)	NT2 (Kinder)	Total	%
Municipal20	13	132	107	906	59.290	66.466	126.914	15,54%
SLEP21	530	958	1.213	1.197	3.281	3.455	10.634	1,30%
Particular Subvencionado	30	205	1.777	63.079	141.743	138.863	345.697	42,32%
Particular Pagado	36	263	2.387	7.665	20.263	23.826	54.440	6,66%
JUNJI	7.614	19.152	23.335	26.724	4.631	1.254	82.710	10,13%
JUNJI VTF	12.818	26.228	28.889	33.465	5.781	309	107.490	13,16%
F. Integra	6.842	19.554	27.079	30.855	4.027	572	88.929	10,89%
Total	27.883	66.492	84.787	163.891	239.016	234.745	816.814	100,00%

Cabe señalar, además, que el efecto de la pandemia en el desarrollo físico, mental y emocional de los niños y niñas puede ser devastador. Esto queda invisibilizado ante la baja incidencia del COVID-19 en esta población. Sin embargo, se espera un aumento de la mortalidad infantil, morbilidad y pobreza infantil y, en consecuencia, fuertes pérdidas de capital humano y una profundización de las desigualdades.

Todo esto pone a los niños y niñas del país en una situación de mayor vulnerabilidad con el agregado que, tradicionalmente, es el grupo etáreo en el que menos se invierte.

El 29 de Julio pasado, los investigadores Katherine A. Auger y Samir S. Shaha, MD, MSCE, difundieron los resultados de una investigación sobre la relación entre el cierre de escuelas, la incidencia y mortalidad por COVID-19 en los Estados Unidos. La muestra, evaluada entre el 9 de marzo de 2020 y el 7 de mayo de 2020, concluye que el cierre de las escuelas se asoció con una disminución significativa tanto en la incidencia de COVID-19 (cambio relativo ajustado por semana, -62%) como mortalidad (cambio relativo ajustado por semana, -58%). En un modelo derivado de este análisis, se estimó que cerrar escuelas, cuando la incidencia acumulada de COVID-19 estaba en el cuartil más bajo en comparación con el cuartil más alto, se asoció con 128.7 menos casos por cada 100.000 habitantes, durante 26 días y con 1.5 menos muertes por cada 100.000 habitantes, durante 16 días.³

En el caso de Argentina y Perú, no se ha definido la fecha de reapertura de los servicios infantiles educativos ni de trabajo con familias. Colombia prevee mantener la suspensión de la atención presencial en todos sus servicios de primera infancia y se espera que los jardines infantiles y salas cunas, permanezcan cerrados hasta el próximo año.

¿En qué coinciden las propuestas y las prácticas de los países desarrollados? Si bien las propuestas y los planes de acción para flexibilizar las medidas de la cuarentena han sido desarrollados desde varios frentes distintos (planes sociales de los gobiernos, propuestas de académicos, escenarios planteados por laboratorios de ideas, entre otros), existen aspectos en los que muchas de estas coinciden. En general, todas establecen condiciones epidemiológicas, herramientas e instrumentos útiles para la reapertura, consideraciones referentes a grupos poblacionales específicos y énfasis en buenas prácticas. Es importante resaltar estas similitudes, puesto que representan los pilares de las posibles estrategias de salida de la cuarentena en América Latina y el Caribe independientemente del sector, industria o país.

Lo ideal sería que los líderes locales, expertos en salud pública, educadores, madres y padres de familia puedan trabajar juntos para decidir cómo y cuándo iniciar la reapertura de jardines infantiles y salas cunas. Estas decisiones deberán tener en cuenta

³ Información disponible en Association Between Statewide School Closure and COVID-19 Incidence and Mortality in the US.



la propagación del COVID-19 en la comunidad, así como si los jardines infantiles y salas cunas, pueden hacer que el aprendizaje en persona sea seguro.

Un plan de retorno debe estar subordinado en todo momento a las condiciones sanitarias, a las recomendaciones de los expertos y a las decisiones de la autoridad sanitaria.⁴

Recientemente, especialistas de la Universidad de Granada en planificación, estimaron los riesgos de la vuelta a las clases. Asumiendo que en el aula hay 10 estudiantes con un hermano y otros 10 que son hijos únicos, el primer día de clase cada alumno estaría expuesto a 74 personas, si no hay roce con nadie externo al aula propia y al hogar familiar. El segundo día, la interacción alcanzaría 808 personas. Ya para el tercer día, la proyección sobre el papel supera los 15.000 contactos.⁵

Conforme a dicho análisis, es posible deducir que promover hoy el retorno a los jardines infantiles y salas cuna sería un enorme error, ya que nuestros niños y niñas, dado su carácter de asintomáticos, se transformarían en silenciosos portadores del coronavirus, con el potencial peligro de contagio a los miembros de su familia. Basta imaginar la carga emocional, que para un niño significaría contagiar a un padre, una madre, un abuelo o una abuela.

Por otra parte, la Asociación Chilena de Pediatría, ha advertido sobre los niños y niñas pertenecientes a grupos de riesgo, quienes deberían recibir una evaluación especial y en caso de una reapertura, no se podría condicionar su ingreso porque vulneraría directamente el derecho a la educación de los niños y niñas.

Los grupos de riesgo serían los siguientes:

- Inmunodeprimidos (inmunodeficiencias primarias, trasplante de órgano sólido o progenitores hematopoyéticos, pacientes hemato-oncológicos en tratamiento con quimioterapia, niños que reciben fármacos inmunosupresores, biológicos o modificadores de la enfermedad, pacientes sometidos a diálisis, o niños con infección VIH con mal control virológico con carga viral detectable y/o disminución de CD4 o inversión CD4/CD8).
- Cardiopatías congénitas cianóticas, no cianóticas y otras (adquiridas, miocardiopatías, pericarditis, arritmias severas) hemodinámicamente significativas, que requieran tratamiento médico, que asocien hipertensión pulmonar, en el postoperatorio de cirugía o intervencionismo cardiaco, trasplante cardiaco o en espera de trasplante.
- Enfermedades neuromusculares y encefalopatías moderadas o graves.
- Patología respiratoria crónica (fibrosis quística, displasia broncopulmonar, oxigenoterapia domiciliaria, traqueostomía, ventilación mecánica domiciliaria), excluyendo asma (considerar en asma grave).
- Enfermedad de células falciforme homocigota o doble heterocigota.
- Diabetes tipo 1 con mal control metabólico.

Por otra parte, las características de los lactantes de 84 días a 2 años, de niveles medios de 2 a 4 años y los niños/as de 4 a 6 años, hace que se encuentren en un nivel distinto de desarrollo humano, siendo una etapa “crítica de desarrollo socioemocional, cognitivo, lingüístico y físico de los niños/as, con una destacada existencia de un período sensible”⁶, que requiere de la figura de un adulto capacitado, mediador que entregue respuestas sensibles a niños y niñas con una necesidad vital de apego y contención,

⁴ Información disponible en Consideraciones estratégicas para el reinicio de las actividades en América Latina y el Caribe: Consideraciones estratégicas para el reinicio de las actividades. BID 2020 y El alto costo del COVID-19 para los niños: Estrategias para mitigar su impacto en América Latina y el Caribe BID 2020

⁵ Información disponible <https://elpais.com/educación/2020-06-17>

⁶ Banco Mundial, 2013.



además de fortalecer autonomías y apoyos permanentes en necesidades de sueño, alimentación, muda y afectividad y aprendizajes diversos.

Para ello, se requiere una dotación de personal permanente en aula y reponer licencias médicas de menos de 7 días, la que, en la práctica actual, no sucede. En esta materia, tiene especial incidencia la aplicación del Decreto N° 241, de 2018, del Ministerio de Educación, que modifica el decreto 315, de 2010, del Ministerio de Educación.

Otro aspecto a considerar radica en que la mayoría de los trabajadores tiene un ingreso promedio mensual menor a los 500 mil pesos, pertenecen a los niveles socioeconómicos de los niños y niñas que atienden, y, por lo tanto, también constituyen grupos de riesgo. Además, cabe tener presente que la Ley de Inclusión, N°20.845, de 2015, del Ministerio de Educación, en virtud de la cual se debe considerar a todos los niños sin exclusión (sin o con control de esfínter) no se cautela, como en la enseñanza básica (2 Niños por aula), la cantidad de niños/niñas con Necesidad Educativa Especial, ni considera personal especializado en NEE.

Debe considerarse además que la infraestructura de los centros educativos, no todas se encuentran en condiciones físicas adecuadas a la normativa y necesidades educativas. Ejemplo de ello, son la carencia de servicios de higiene para control de esfínter (tina y mudador y espacio).

En un encuentro realizado por la Red Espacio Vinculante por una Nueva Educación Pública "EVEP", el 5 de agosto del presente año con Académicas e Investigadoras de las Universidades de Chile, Magallanes, O'Higgins de Rancagua e Instituto Santo Tomás, se confirmaron los siguientes criterios para el retorno:

1.- El Estado debe dar seguridad a los niños, niñas y personal, condiciones sanitarias de infraestructura y dotación de personal, porque los niños y niñas no son capaces de seguir solos las instrucciones para el control sanitario, toda actividad infantil supone estar con los niños, niñas. Esta condición exacerba el problema en el espacio educativo en tiempos de pandemia.

2.- En este sentido, se sugiere una medida intermedia para iniciar el retorno, por ejemplo, permisos para que los niños y niñas salgan a pasear con un adulto o señalar espacios seguros para que los niños y niñas puedan circular.

3.- Al momento del retorno, los equipos volverán a una nueva realidad. Consecuentemente, las universidades tienen que reformular los programas de formación para una nueva educación inicial en nuestro país.

En todo caso, es fundamental pensar en la gradualidad en el retorno, donde las condiciones sanitarias estén garantizadas y se pueda contar con personal de acuerdo a una nueva dotación de adultos por niño/a.⁷

Es indispensable la construcción participativa de las orientaciones para este reingreso, pues solo un alto grado de confianza de las comunidades educativas, así como de las autoridades regionales y territoriales en esta estrategia, permitirá avanzar gradualmente en el regreso de las actividades educativas presenciales. Considerando las experiencias de otros países, es posible que dicho regreso sea considerado territorialmente, en muchos lugares. Ello requiere que la apertura sea por provincia, conurbano o grupos de comunas, pues el desplazamiento de estudiantes, familias y docentes conlleva un alto riesgo, si no se considera una coordinación por nivel educativo. Sin embargo, también sabemos que tendremos que anticiparnos a nuevas situaciones posibles, como rebrotes del virus en algunas zonas específicas.⁸

⁷ Fuente: leonardoboff.wordpress.c

⁸ Información Disponible: Ideas en Educación. Universidad de Chile, Instituto de Estudios Avanzados en Educación. N°1. 2020



Finalmente, de acuerdo a las consideraciones expuestas, y al riesgo extremo de propagación que representa esta población infantil, las Diputadas y los Diputados firmantes de este proyecto, convencidos de la necesidad de legislar para establecer reglas claras para un retorno a actividades que permita proteger la vida y la integridad física y psíquica de nuestros hijos e hijas, como así también la de Directoras (es), Educadoras(es), Técnicos en párvulos, auxiliares, personal administrativo y profesionales que presta servicios en salas cunas, jardines infantiles, niveles de transición y por cierto de las familias afectadas. Estiman necesario que sea el Congreso Nacional, como órgano representativo de la voluntad popular, el que, a través de una ley, fije los lineamientos generales y obligatorios de dicho retorno a nivel nacional.

B.- IDEA MATRIZ DEL PROYECTO:

El presente proyecto de Ley tiene por objeto establecer normas para el retorno seguro de niños, niñas y lactantes entre 3 meses y 6 años que asisten a salas cunas, jardines infantiles y Niveles de Transición NT1 Y NT2 en Establecimientos de Educación Parvularia de carácter público, con modalidades clásicas y no convencionales, particular subvencionado, particulares e instituciones de educación parvularia de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, jardines infantiles vía transferencia de fondos administrados por entidades sin fines lucro y de la Fundación Integra, en el contexto de la pandemia Covid-19.

EN CONSECUENCIA:

De conformidad a lo dispuesto en los artículos 63 y 65 de la Constitución Política de la República de Chile, lo prevenido en la ley Nº18.918 Orgánica Constitucional del Congreso Nacional y lo establecido en el reglamento de la H. Cámara de Diputados y conforme los fundamentos señalados, los diputados firmantes, venimos en presentar el siguiente:

PROYECTO DE LEY

QUE ESTABLECE NORMAS PARA EL RETORNO SEGURO EN LA EDUCACIÓN INICIAL, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19.

Artículo 1º: Retorno a las actividades educativas presenciales:

Conforme lo permitan los planes de desconfiamiento que se aplicarán en cada una de las regiones y comunas del país, las salas cunas, jardines infantiles y cursos de transición de niños y niñas entre 3 meses y 6 años, podrán reiniciar actividades educativas presenciales a partir del año 2021, sólo cuando la autoridad sanitaria constate que existen las condiciones de salubridad necesarias para evitar el riesgo de contagio de COVID-19 para la comunidad educativa y así sea concordado de acuerdo a un plan de retorno entre cada establecimiento de educación inicial y las autoridades educacionales correspondientes.

Artículo 2º. Gradualidad del retorno:

El retorno a las actividades educativas presenciales se efectuará en forma gradual.

Sólo podrán retornar a sus actividades educativas los establecimientos de educación inicial de nivel de transición, medio mayor, medio menor, sala cuna mayor y sala cuna menor, cuando hayan retornado a sus clases, previamente, los estudiantes de la educación



superior, la educación media y la educación básica, de la misma comuna de donde se encuentre el establecimiento de educación inicial.

Las modalidades no convencionales, deberán iniciar su retorno en el último periodo, dada las condiciones de infraestructura, dotación y movilidad del personal.

Cada establecimiento de educación inicial deberá aprobar, con la participación de la comunidad educativa, un plan de retorno y un reglamento interno de seguridad sanitaria.

La autoridad podrá suspender nuevamente las actividades presenciales, en caso que en el establecimiento se constate la existencia de riesgo de contagio de COVID-19.

Artículo 3°: Plan de retorno a actividades educativas presenciales:

El sostenedor elaborará un plan de retorno, junto con la comunidad educativa, conformada por educadoras de párvulos, técnicos en párvulos, auxiliares, administrativos, asistentes de la educación, familias, padres, madres y apoderados. El Plan de retorno deberá ser aprobado por la mayoría de la comunidad educativa. Este plan considerará los lineamientos nacionales y regionales de las autoridades sanitarias, del Ministerio de Educación y las disposiciones de esta ley. El Plan deberá ser diferenciado para salas cunas, jardines infantiles y cursos de transición entre niños y niñas de 3 meses y 6 años y contemplar para su elaboración al menos los siguientes aspectos:

1. Diagnóstico sanitario, gestión educacional, pedagógica, socioemocional de la comunidad educativa y condiciones de infraestructura.
2. Planificación y desarrollo de actividades y programas vinculados a la contención emocional, salud mental y bienestar humano de la comunidad educativa.
3. Definición, priorización y flexibilización, conforme a las directrices definidas por la unidad de currículo del Ministerio de Educación, considerando la experiencia de pandemia.
4. Fortalecimiento de la gestión pedagógica con énfasis en la inclusión, la innovación y el trabajo en equipo para garantizar el aprendizaje significativo de todos las niñas y niños en diversidad y equidad.

Artículo 4°: Reglamento Interno de Seguridad Sanitaria:

El sostenedor deberá elaborar, junto con las instancias de participación de la comunidad educativa, conformada por educadoras/es de párvulos, técnicos/as en párvulos, auxiliares de aseo, administrativos, asistentes de la educación, familias, padres, madres y apoderados, un reglamento interno de seguridad sanitaria, que considere los lineamientos nacionales y regionales de la autoridad sanitaria y las disposiciones de esta ley.

El reglamento deberá ser diferenciado para salas cunas, jardines infantiles y niveles de transición entre niños y niñas de 3 meses y 6 años y contemplar para su elaboración al menos los siguientes aspectos:

1. Medidas de seguridad para la entrada y salida de los integrantes de la comunidad educativa a los establecimientos educacionales;
2. Medidas de seguridad al interior de los establecimientos educacionales y sus espacios comunes teniendo especial consideración de las salas, casinos, cocinas, servicios dietéticos de leche, baños, salas de muda y patios.
3. Medidas de seguridad durante el traslado en transporte público o vehículo particular de niñas, niños, trabajadoras, trabajadores y sus familias.
4. Canales de comunicación entre el establecimiento educacional y los padres y apoderados y familia.
5. Implementación de los protocolos existentes sobre sanitización y limpieza de los establecimientos, emitidos por la autoridad.



6. Planificación gradual del retorno por niveles educativos de acuerdo a la realidad del establecimiento.

7. Aseguramiento de los recursos humanos, tecnológicos y de las condiciones materiales de funcionamiento de los establecimientos, para asegurar el buen desempeño y su bienestar.

8. Otras medidas que se consideren pertinentes para resguardar la salud de los integrantes de la comunidad educativa.

Cristina Girardi
Diputada

Camila Vallejo
Diputada

Rodrigo González
Diputado

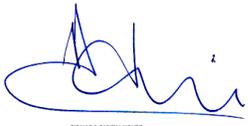
Camila Rojas
Diputada

Gonzalo Winter
Diputado

Juan Santana
Diputado

Mario Venegas
Diputado





FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. CRISTINA GIRARDI L.



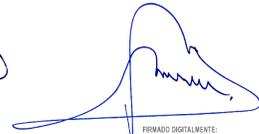
FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. GONZALO WINTER E.



FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. JUAN SANTANA C.



FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. CAMILA VALLEJO D.



FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. MARIO VENEGAS C.



FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. CAMILA ROJAS V.



FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. RODRIGO GONZÁLEZ T.

