



**AGENDA DE POLÍTICA PÚBLICA DE ILLINOIS
ETAPA PRENATAL A 3 AÑOS**

FEBRERO DE 2020



ÍNDICE

- 1** Descripción general
 - 2 Oportunidad; Desarrollo de la Agenda PN3
 - 4 Metas y estrategias; Objetivos
 - 5 Impactos previstos
- 6** Padres y bebés saludables
- 11** Aprendizaje temprano de alta calidad
- 16** Familias económicamente seguras
- 19** Infraestructura sólida
- 23** Notas finales
- 25** Apéndices
 - 26 A: Prioridades de equidad racial y poblaciones prioritarias del Consejo de Aprendizaje Temprano de Illinois (Illinois Early Learning Council)
 - 27 B: Miembros de la Coalición PN3
 - 31 C: Plantilla Maestra de la Agenda PN3
 - 71 D: Impactos previstos
 - 73 E: Mapas de oferta y demanda

AUTORES

Karen Berman

Directora de Políticas Públicas de Illinois, Ounce of Prevention Fund

Carie Bires

Subdirectora de Políticas Públicas de Illinois, Ounce of Prevention Fund

Simone Santiago

Directora de Implementación de Estrategias, Ounce of Prevention Fund

Karen Yarbrough

Consultora

AGRADECIMIENTOS

Esta agenda fue preparada gracias a muchas personas y organizaciones que generosamente proporcionaron su tiempo y conocimientos, apoyo financiero, datos, asesoramiento, espacio de reunión y otros apoyos. Un agradecimiento especial a:

Irving Harris Foundation, Robert R. McCormick Foundation, W. Clement & Jessie V. Stone Foundation, Aim & Arrow, Erikson Institute, IFF, Illinois Network of Child Care Resource and Referral Agencies, Illinois Early Childhood Asset Map, BUILD Institute (Gail Nourse y Jeanna Capito), Teresa Ramos, Angelica Cleveland y Katie Kelly.



DESCRIPCIÓN GENERAL

Nuestra visión para los niños de Illinois

Imaginamos Illinois como un lugar donde todos los niños pequeños —sin importar su raza, origen étnico, ingreso familiar, idioma, ubicación geográfica, aptitudes individuales, estatus migratorio u otras circunstancias— reciben el mejor comienzo posible en la vida para que crezcan seguros, saludables, felices, listos para tener éxito en la vida y con deseos de aprender.

La oportunidad

Los tres primeros años en la vida de un ser humano son el período de desarrollo más rápido y crítico de toda su vida y proporcionan la mejor oportunidad de sentar las bases para el aprendizaje y un desarrollo saludable. Las experiencias que los niños tienen durante sus primeros años de vida moldean sus cerebros de una manera profunda y significativa, preparándolos para una vida colmada de éxitos o una de desafíos. A fin de asegurar que todos los niños puedan alcanzar su máximo potencial, las familias deben contar con el apoyo de programas comunitarios y políticas públicas que prioricen esta oportunidad tan crítica y especial. Afortunadamente, las familias de Illinois cuentan con el apoyo del gobernador Pritzker, un ferviente defensor de este tema. Ha llegado el momento de aprovechar el gran avance que Illinois ha logrado al propiciar un sistema de apoyo integral para niños menores de tres años y de ser verdaderamente audaces al establecer una visión y un curso de acción para alcanzar el objetivo del gobernador Pritzker de lograr que Illinois se convierta en el mejor estado de la nación para familias con niños pequeños.

Con el generoso apoyo de las Fundaciones Irving Harris, McCormick y Stone, Ounce of Prevention Fund, junto con la Oficina del Gobernador para el Desarrollo de la Primera Infancia, facilitaron el lanzamiento de la Iniciativa Etapa Prenatal a Tres Años (PN3).

“Illinois se convertirá en el mejor estado de la nación para familias con niños pequeños”.

J.B. Pritzker, Gobernador de Illinois

La Iniciativa PN3 reunió a un grupo diverso de más de cien partes interesadas y expertas de Illinois con el fin de desarrollar una agenda estratégica, ambiciosa, integral y de varios años para garantizar que los niños más pequeños de Illinois y sus familias, especialmente aquellos que están más lejos de acceder a las oportunidades, puedan encaminarse hacia una vida colmada de éxitos. La meta general de la Iniciativa PN3 es mejorar el acceso a servicios de alta calidad para 50,000 bebés y niños pequeños de Illinois en familias cuyos ingresos sean inferiores al 200% del Nivel de Pobreza Federal (FPL) para 2023, y para 100,000 bebés y niños pequeños de Illinois en familias cuyos ingresos sean inferiores al 200% del FPL para 2025.

Desarrollo de la Agenda PN3

La Agenda PN3 fue desarrollada en colaboración con más de cien partes interesadas. En su función de entidad convocadora, Ounce of Prevention Fund formó una gran coalición con una amplia representación pública y privada no solo del sistema de la primera infancia, sino también de otros sistemas de servicios dirigidos a niños y familias que desempeñan un rol crítico atendiendo las necesidades de las familias durante la etapa prenatal hasta los tres años, tales como los programas y servicios de salud y seguridad económica familiar. La coalición completa se reunió cuatro veces entre septiembre y diciembre de 2019. También se convocó a un equipo directivo central para guiar la labor de la coalición.

La Coalición PN3 se comprometió a aplicar un marco de equidad racial para desarrollar la agenda, de manera alineada con las prioridades de equidad racial del Consejo de Aprendizaje Temprano de Illinois. La Coalición también se comprometió a centrarse en las poblaciones prioritarias del Consejo de Aprendizaje Temprano (ver *Apéndice A*). Además, la Coalición adoptó un conjunto de principios de planificación para guiar la labor. Estos principios incluyen:

- Un pensamiento que toma en cuenta el panorama global y se centra en grandes cambios en el sistema con un claro camino hacia la implementación, incluyendo estrategias vinculadas a resultados que se pueden alcanzar en un plazo de cinco años;
- Un enfoque alineado que complementa los esfuerzos estatales existentes y considera un mejor acceso a los programas y servicios existentes además de agregar mayores capacidades;
- El compromiso de abordar la calidad además del acceso;
- Un proceso representativo; y
- La búsqueda de soluciones integradas multisectoriales que aborden las necesidades y las ventajas de los niños de manera holística.

La mayor parte de la Agenda PN3 fue desarrollada por seis grupos de trabajo bajo un liderazgo experto:

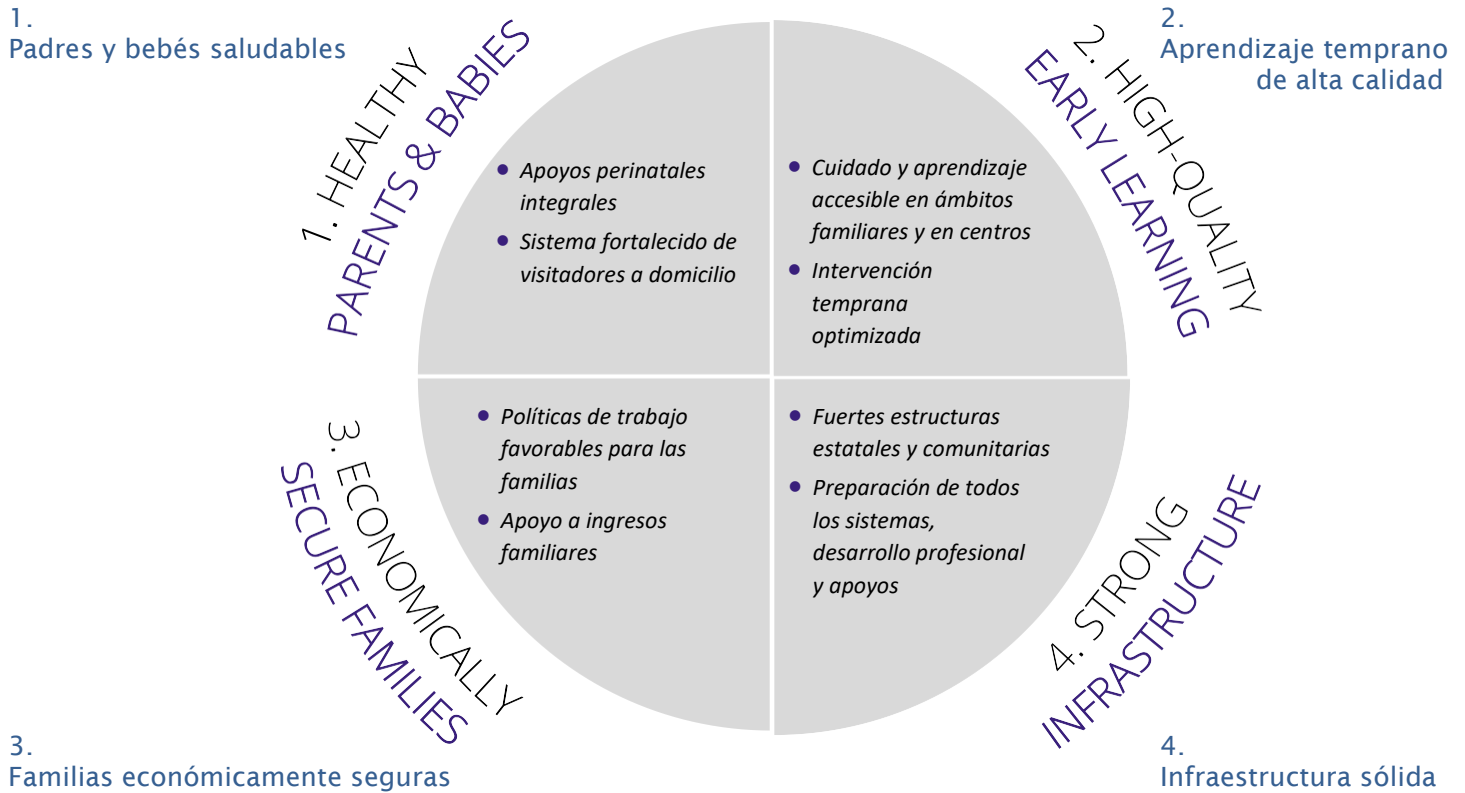
- Apoyo Perinatal
- Intervención temprana
- Visitadores a domicilio
- Cuidado infantil y desarrollo
- Seguridad económica familiar
- Asuntos de la estructura de sistemas

Los grupos de trabajo identificaron áreas en las cuales Illinois necesita aumentar el acceso a los servicios que existen a través de esfuerzos de inscripción o expansión, cómo mejorar la calidad de los programas y servicios existentes, y nuevos servicios o innovaciones necesarios. Al desarrollar las prioridades recomendadas para nuestra política, se pidió a los grupos de trabajo que examinaran los datos, aplicaran una óptica de equidad racial y se centraran en las poblaciones prioritarias de Illinois. Asimismo, los grupos de trabajo examinaron los planes estratégicos existentes, los informes y otros esfuerzos destinados a asegurar la alineación correspondiente, y recopilaron los aportes y recomendaciones de diferentes consejos y coaliciones. Todos los grupos de trabajo tuvieron acceso a asistencia técnica para apoyar sus esfuerzos (ver *Apéndice B* para conocer la lista de miembros de la coalición, del equipo central y de los grupos de trabajo).

Los grupos de trabajo utilizaron una plantilla para identificar estrategias y objetivos específicos de cada tema destinados a lograr las metas generales de la Iniciativa PN3, junto con las razones fundamentales de las estrategias seleccionadas y los impactos estimados. Esas plantillas específicas de cada tema fueron verificadas por la Coalición PN3 y otros expertos, analizadas con respecto a los temas de los diferentes grupos de trabajo, y luego sintetizadas y organizadas en metas amplias (ver *Apéndice C* para conocer las plantillas de los grupos de trabajo).


Metas y estrategias


Los objetivos de la Agenda PN3 se dividen en cuatro categorías: Padres y Bebés Saludables, Aprendizaje Temprano de Alta Calidad, Familias Económicamente Seguras e Infraestructura Sólida. Este documento describe, para cada objetivo, las estrategias clave que utilizaremos con el fin de cumplir con nuestra visión para los niños de Illinois.





Objetivos

Para cada objetivo, articulamos objetivos concretos. Nuestros objetivos se dividen en siete categorías:

 Ampliación de servicios

 Uso de datos

 Cambio de política pública

 Concientización

 Inversión

 Cohesión

 Fuerza laboral

Impactos previstos

Como se ha indicado anteriormente, el objetivo de la iniciativa era lograr un impacto en al menos 100,000 bebés y niños pequeños y sus familias para el año 2025. Se prevé que la Agenda PN3 de Illinois superará con creces esa meta, con un impacto estimado de al menos 200,000 niños y familias adicionales para 2025, al verse beneficiados con las propuestas de política pública presentadas en la agenda (Ver *Apéndice D* para conocer más detalles sobre los impactos previstos). Entre los impactos se destacan los siguientes:

- Aumentar a más del doble la capacidad en cuidados de alta calidad, tanto en centros como en el ámbito familiar, e impulsar estrategias de mejora de la calidad para lograr un impacto en 7,000 bebés y niños pequeños;
- Aumentar el acceso al servicio de visitadores a domicilio basado en pruebas a 15,000 niños más y sus familias, mediante la expansión de los servicios y la eliminación de las barreras que impiden acceder a los servicios actualmente disponibles con el fin de satisfacer la demanda actual;
- Duplicar la cantidad de niños que reciben servicios de Intervención Temprana llegando a otras 22,000 familias elegibles para dichos servicios;
- Ofrecer a casi 30,000 padres recientes la visita a domicilio de una enfermera neonatal mediante la expansión de los apoyos universales para recién nacidos en 10 comunidades nuevas de Illinois y la implementación en cuatro hospitales de Chicago, alcanzando el 20% de todos los recién nacidos y sus padres;
- Extender la cobertura de la atención médica posparto continuamente por 12 meses para alcanzar a 63,500 padres tras el nacimiento del bebé;
- Aumentar el acceso a los servicios de doula de 1,100 a 15,100 padres cerca del momento del alumbramiento; y
- Aumentar las tasas de inscripción para el programa de nutrición *Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children* (WIC) en un 10% para alcanzar a casi 19,000 personas más.



PADRES Y BEBÉS SALUDABLES

PROBLEMA A RESOLVER: Estados Unidos tiene la mayor tasa de mortalidad materna entre países desarrollados comparables.ⁱ Entre las mujeres que sobreviven al embarazo y al parto, cada año, 50,000 mujeres experimentan complicaciones relacionadas con el embarazo que pueden ser mortales.ⁱⁱ Además, los datos revelan que a nivel nacional, el 60% de los casos de mortalidad materna son prevenibles.ⁱⁱⁱ Estos malos resultados afectan bastante más a menudo a mujeres de color, y de todos los grupos raciales y étnicos, las mujeres negras experimentan estos malos resultados con mayor frecuencia.^{iv} Según un análisis de datos nacionales realizado por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), las tasas de mortalidad relacionada con el embarazo de las mujeres negras no hispanas es 3.2 veces mayor que las de las mujeres blancas no hispanas.^v Las tasas de mortalidad infantil también son relativamente altas en los Estados Unidos, con una tasa de 5.8 muertes por cada 1,000 bebés nacidos vivos en 2017, y los bebés nacidos de madres negras no hispanas presentan las tasas de mortalidad más altas entre todos los grupos raciales y étnicos.^{vi}

Desafortunadamente, los resultados de mortalidad y morbilidad materna e infantil en Illinois son más alarmantes que los datos nacionales. En su Informe de Morbilidad y Mortalidad Materna más reciente, el Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH) informa que en Illinois, las mujeres negras no hispanas tienen seis veces más probabilidades de morir de una condición relacionada con el embarazo que las mujeres blancas no hispanas.^{vii} Además, el 72% de las muertes relacionadas con el embarazo y el 93% de las muertes violentas relacionadas con el embarazo en Illinois fueron consideradas prevenibles. De acuerdo con el Informe de Datos de Mortalidad infantil de Illinois del IDPH publicado en 2018, Illinois se ubica en el 36vo. lugar entre los 50 estados y el Distrito de Columbia en cuanto a mortalidad infantil en 2014.^{viii} Aunque la tasa de mortalidad infantil en Illinois ha disminuido con el tiempo, persisten importantes disparidades raciales/étnicas, ya que la tasa de mortalidad infantil de los bebés nacidos de mujeres negras no hispanas es consistentemente dos a tres veces mayor que la de mujeres blancas no hispanas.^{ix}

El racismo estructural en la atención médica y el servicio social es la causa de estas disparidades en los resultados.^x Los expertos concuerdan en que el trato que reciben las personas durante el parto puede afectar la salud y el bienestar de los padres y los niños.^{xi} Otros factores que contribuyen a los malos resultados están relacionados con las limitaciones en la actual oferta de servicios y apoyos disponibles para las mujeres embarazadas y las familias con bebés. Las visitas de atención prenatal son importantes, pero por cómo están actualmente estructuradas y financiadas, no abordan el alcance completo de los apoyos y necesidades de las mujeres embarazadas y las familias, especialmente las familias que corren un mayor riesgo de tener malos resultados durante el parto. Los datos revelan que el riesgo de mortalidad materna aumenta luego de cumplirse 42 días del parto; no obstante, la cobertura de atención médica y otros servicios de apoyo postparto suelen terminar antes. Esto perjudica la continuidad de la atención, disminuye el acceso a los servicios y aumenta el riesgo de mortalidad y morbilidad materna.

Las recomendaciones de política que figuran a continuación se desarrollaron específicamente para abordar el racismo estructural en los sistemas de servicios dirigidos a las embarazadas y las familias primerizas, para promover un fuerte sistema de apoyo continuo durante el primer año después del parto, y para garantizar el contacto de apoyo prenatal con el fin de conectar mejor a las personas con más recursos que puedan abordar holísticamente las necesidades de las familias. Además, estas recomendaciones se hacen eco de las incluidas en el Informe de Morbilidad y Mortalidad Materna del IDPH de 2018.



Ampliación de Servicios

- *Apoyos universales voluntarios para recién nacidos:* Ampliar las visitas domiciliarias universales por parte de enfermeras de recién nacidos para todos los bebés recién nacidos que incluyan una evaluación integral, referencia y conexión a todos los servicios necesarios, incluyendo los servicios de salud y comunitarios que aborden los determinantes sociales de la salud.
- *Apoyos prenatales universales voluntarios:* Establecer una conexión/visita prenatal universal y voluntaria que le proporcione a cualquier persona embarazada una evaluación integral, referencia y conexión integrales a todos los servicios necesarios, incluyendo los servicios de salud y comunitarios que aborden los determinantes sociales de la salud.
- *Atención intraparto:* Abordar la atención intraparto incentivando la expansión comunitaria de los Hospitales Amigos de los Niños (es decir, aquellos que promueven la lactancia materna) y los centros de maternidad alternativos e independientes.
- *Evaluaciones del desarrollo:* Incrementar las tasas de evaluación del desarrollo y establecer mecanismos de datos para recopilar datos individuales de niños en todos los sectores a fin de garantizar la identificación temprana y la conexión con los servicios necesarios para todos los bebés y niños pequeños.



Cambio de Política Pública

- *Extensión de apoyos y cobertura de atención médica posparto:* Extender el período posparto de apoyos y cobertura médica para todos los padres recientes de Illinois por los 12 meses completos después del nacimiento.
- *Equipo de trabajo estatal:* Establecer un equipo de trabajo estatal para recopilar datos de mujeres embarazadas y padres recientes sobre sus experiencias en el sistema de atención médica. Desarrollar recomendaciones de acciones a tomar para mejorar la calidad de la atención médica durante el período perinatal.
- *Clasificación perinatal de Illinois:* Establecer un componente de clasificación perinatal de Illinois para el informe de calificaciones de los hospitales de Illinois y el informe de la guía del consumidor sobre la atención médica.



Inversión

- *Financiación para el apoyo perinatal comunitario:* Aumentar la financiación para el apoyo perinatal comunitario, incluyendo trabajadores de salud, educadores, defensores y visitantes a domicilio perinatales, con el foco puesto en subsidios para organizaciones comunitarias lideradas por personas negras, las cuales pueden responder mejor a las necesidades de las familias negras que se ven afectadas de manera desproporcionada por la mortalidad y morbilidad materna e infantil.
- *Financiación de apoyos universales para recién nacidos:* Identificar fuentes de financiación sostenible para la expansión de los apoyos universales para recién nacidos en todo el estado.
- *Financiación para Doulas:* Ampliar la financiación y el acceso a doulas en la comunidad. Asegurar la cobertura de servicios perinatales comunitarios a través de Medicaid, organizaciones de atención administrada (Managed Care Organizations) y seguros médicos privados.



Fuerza Laboral

- *Reclutar y retener personal:* Previendo una mayor demanda de servicios perinatales, reclutar y retener proveedores de atención perinatal que sean representativos de las comunidades a las que brindan servicios.



Fuerza Laboral (cont.)

- *Desarrollo profesional:* Establecer políticas y protocolos para el desarrollo profesional integrado y la práctica reflexiva para todos los proveedores de atención perinatal que aborden el racismo institucional y sistémico y la discriminación implícita.



Concientización

- *Campaña de concientización pública:* Co-crear una campaña de concientización pública en comunidades de color sobre la salud infantil y materna que empodere a las personas brindándoles los conocimientos y las herramientas que necesitan para abogar por sus propios derechos e intereses.



Cohesión

- *Enfoque cohesivo:* Establecer un enfoque de equipo multidisciplinario y colaborativo en el sistema de salud que incluya doulas, parteras, consultores de lactancia, trabajadores de salud perinatales y otros paraprofesionales con el fin de asegurar una conexión más fuerte con las experiencias que las familias que esperan la llegada de un bebé están teniendo con la atención médica que reciben.

ESTRATEGIA: SISTEMA FORTALECIDO DE VISITADORES A DOMICILIO



Ampliación de Servicios

- *Ampliación equitativa:* Agregar capacidad para alcanzar a todas las familias elegibles brindándoles servicios de visitas domiciliarias que cumplan con sus necesidades en todo el estado.
- *Capacidad local:* Desarrollar la capacidad local de proveedores de visitas domiciliarias con el fin de acceder a fondos adicionales para desarrollar nuevos servicios o aumentar los servicios existentes de visitas domiciliarias.
- *Ampliar innovaciones exitosas:* Equilibrar e institucionalizar las innovaciones exitosas en el servicio de visitas domiciliarias para favorecer a familias con necesidades más complejas.



Inversión

- *Aumentar los fondos estatales y federales:* Aumentar los fondos estatales y federales que se destinan a los servicios de visitas domiciliarias con el fin de poder aumentar el salario de los visitantes a domicilio y apoyar el aumento de la capacidad para brindar servicio a 13,000 familias más.
- *Nuevos mecanismos de financiación:* Utilizar el reembolso de Medicaid, los fondos administrativos de las organizaciones de atención administrada y la implementación de la Ley de Servicios de Prevención Familia Primero (Family First Prevention Services Act) para apoyar los servicios de visitantes a domicilio.



Fuerza Laboral

- *Aumentar la compensación:* Aumentar la compensación del personal de los servicios de visitas domiciliarias y doulas para mejorar la retención y equidad.
- *Reclutar y retener personal:* Apoyar el reclutamiento y la retención de una fuerza laboral representativa que refleje la demografía de las familias en la comunidad.
- *Desarrollo profesional:* Eliminar las barreras que impiden acceder a la educación preparatoria, el desarrollo profesional y los apoyos de trabajo integrados para mejorar la calidad de los servicios de doulas y visitas domiciliarias y la retención del personal.



Uso de datos

- *Alinear y mejorar los sistemas de datos:* Aumentar la recopilación y el reporte cohesivo y oportuno de los datos de inscripción entre los principales financiadores de las visitas domiciliarias con el fin de estar mejor informados para la asignación de recursos y proporcionar datos desglosados sobre la demografía de los participantes y la composición de la fuerza laboral.



Concientización

- *Concientización pública:* Generar mayor conciencia sobre los beneficios y la disponibilidad de los servicios intensivos de visitas a domicilio para aumentar la inscripción en los servicios de visitas domiciliarias por parte de familias elegibles.



Cohesión

- *Optimizar los procesos:* Optimizar los procesos de financiación y monitoreo de todos los financiadores de los servicios de visitas domiciliarias a nivel estatal para mejorar la capacidad de las agencias locales que brindan los servicios de visitadores a domicilio para acceder a la financiación y crear una mayor coherencia en la calidad del programa.
- *Admisión coordinada:* Establecer un proceso coordinado de admisión en todas las comunidades en las que los servicios de visitas domiciliarias estén disponibles para asegurar que las familias puedan acceder a los servicios de visitas domiciliarias sin problemas ni interrupciones y lo antes posible.



APRENDIZAJE TEMPRANO DE ALTA CALIDAD

APRENDIZAJE TEMPRANO DE ALTA CALIDAD

PROBLEMA A RESOLVER: La ciencia deja en claro que los tres primeros años en la vida de un ser humano son el período de desarrollo más crítico de toda su vida. Es durante estos años que se forma la base de la arquitectura cerebral, preparando al niño para una vida colmada de éxitos o una de desafíos. Pese a los estudios sobre la eficacia del aprendizaje temprano y las intervenciones en el desarrollo infantil, Estados Unidos invierte relativamente poco en sus más pequeños. Sobre una base per cápita, Estados Unidos gasta aproximadamente seis veces menos en educación para bebés y niños pequeños que en los grados que van del kinder al 12.^{xiii} Es aquí donde defraudamos a nuestros niños, precisamente cuando el posible beneficio es mayor.

La carencia actual en el servicio de cuidado de bebés y niños pequeños suele describirse como una crisis en todo el país.^{xiii} En Illinois, los impactos de esta crisis son agudos. Hay un número significativamente menor de cupos disponibles para el cuidado de bebés y niños pequeños en comparación con sus pares de 3 a 5 años.^{xiv} La capacidad actual de proveedores de cuidado infantil con licencia proporciona acceso a solo el 25% de los bebés y niños pequeños de Illinois, donde muchas comunidades presentan tasas de acceso inferiores al 10%. Las tasas de acceso son aún más bajas cuando se trata del cuidado de alta calidad, con capacidad para solo el 5% de los bebés y niños pequeños para acceder a los programas calificados como ExceleRate Gold Circle of Quality.^{xv} (Ver *Apéndice E* para consultar los mapas con detalles de las tasas de acceso en todo el estado).

Las inadecuadas y deficientes estructuras de financiación son los principales factores que impulsan la falta de acceso a un cuidado de alta calidad para bebés y niños pequeños. El reembolso para los proveedores a través del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP) está estructurado para apoyar las tarifas del mercado y no tiene en cuenta el verdadero costo de proveer un cuidado de calidad. El cuidado de calidad para los niños menores de tres años es una tarea ardua y costosa.^{xvi} La cantidad de dinero que los padres pagan por el servicio de cuidado infantil no es suficiente para que las empresas proporcionen un cuidado de alta calidad y paguen a los proveedores de cuidado infantil un salario digno que alcance para vivir.^{xvii} La financiación inadecuada también conduce a salarios abismalmente bajos para los cuidadores que trabajan en entornos de aprendizaje temprano, lo que agrava aún más los desafíos relacionados con el acceso.^{xviii} A casi la mitad (46%) de los trabajadores de cuidado infantil en Illinois se les paga tan poco que reciben algún tipo de beneficio público (EITC, Medicaid, Estampillas para Comida/Food Stamps, TANF), a un costo de \$71.4 millones.^{xix} Los maestros en salones escolares de bebés y niños pequeños reciben menos compensación, y esta compensación insuficiente sumado a las difíciles y exigentes condiciones de trabajo crean un alto volumen de cambio de personal y han llevado a una escasez de fuerza laboral pese a los mínimos requisitos de calificación en los estándares de otorgamiento de licencias de cuidado infantil de Illinois.^{xx,xxi}

Los servicios proporcionados bajo la Parte C de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA), también conocida como Intervención Temprana (EI), son críticos para los niños que tienen o están en riesgo de presentar retrasos significativos en el desarrollo. La tasa de prevalencia esperada de la elegibilidad para la EI es del 13%; no obstante, Illinois solo proporciona servicios a aproximadamente el 4% de los niños menores de 3 años.^{xxii} Los servicios de EI están desaprovechados y demasiados niños que son elegibles y tienen derecho a recibir estos servicios no pueden obtenerlos en forma oportuna. La falta de conocimiento sobre EI y toda la gama de criterios de elegibilidad, incluso entre los proveedores de salud y la primera infancia, también lleva a que muchos niños no accedan nunca a los servicios que pueden hacer una diferencia a lo largo de su vida.

Los siguientes objetivos presentan oportunidades para modernizar y fortalecer los programas y servicios actuales y aprovechar al máximo las nuevas inversiones a lo largo del tiempo, enfocadas específicamente en las necesidades de los bebés y niños pequeños y en los profesionales que trabajan con ellos y sus familias. La agenda también exige que se estudien más a fondo las complejas cuestiones del acceso a un cuidado de alta calidad en una economía que cambia rápidamente y que se fomente el acceso universal a la educación preescolar.



Ampliación de Servicios

- *Ampliación equitativa:* Aumentar la capacidad drásticamente para proporcionar a más familias servicios de cuidado de alta calidad para bebés/niños pequeños en el ámbito familiar y en centros que cumplan con las necesidades de las familias del estado empleando el uso de contratos y mayores tasas de reembolso de proveedores para hacer que el cuidado de alta calidad sea económicamente viable para los proveedores.
- *Capacidad local:* Desarrollar la capacidad local de las organizaciones comunitarias y otros proveedores de servicios para la primera infancia para acceder a fondos adicionales específicamente para el cuidado de bebés/niños pequeños.
- *Redes de cuidado infantil en ámbitos familiares:* Rediseñar y ampliar el compromiso con las redes de cuidado infantil en ámbitos familiares que respondan a las necesidades y preferencias de la comunidad para ayudar a los hogares a lograr círculos de calidad más altos en ExceleRate.
- *Early Head Start:* Ampliar el programa Early Head Start en centros y el programa de Asociaciones de Early Head Start y Cuidado Infantil con el fin de brindar servicios de cuidado de alta calidad a más bebés y niños pequeños.



Cambio de Política Pública

- *Financiación escalonada para QRIS:* Establecer un modelo de niveles de financiación para ExceleRate Illinois que refleje el costo de brindar servicios en cada círculo de calidad.
- *Contratos CCAP:* Ampliar el uso de contratos en el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP) con el fin de asegurar cupos disponibles dedicados y fondos adecuados para el cuidado de alta calidad para bebés y niños pequeños.
- *Alineación de licencias:* Incorporar las credenciales para la primera infancia de Gateways to Opportunity en los estándares de otorgamiento de licencias del DCFS para promover una mayor calidad del programa y la continuidad del cuidado de bebés y niños pequeños en los Programas de Asistencia para el Cuidado Infantil.



Inversión

- *Aumentar los fondos estatales y federales:* Aumentar los fondos estatales y federales para el cuidado de bebés y niños pequeños en ámbitos familiares y en centros y asignar un mayor porcentaje de los fondos actuales del Subsidio en Bloque para la Primera Infancia y el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil al cuidado de bebés y niños pequeños. Asegurar que la financiación sea adecuada para apoyar el modelo de financiación escalonada de ExceleRate Illinois.
- *Apoyo para la mejora de la calidad:* Establecer subsidios para la mejora de la calidad que proporcionen fondos y asistencia técnica a proveedores de cuidado de bebés y niños pequeños en ámbitos familiares y en centros con el fin de apoyar programas para que logren y participen en círculos de calidad más altos en ExceleRate Illinois.
- *Ampliar instalaciones:* Establecer fondos anuales para construir nuevas instalaciones o modificar las existentes con el fin de atender las necesidades de bebés y niños pequeños.
- *Apoyos a la fuerza laboral:* Aumentar las oportunidades para que el personal comience y avance en sus carreras profesionales reservando y priorizando becas y complementos salariales para los candidatos a proveedor de cuidado de bebés y niños pequeños, y ampliando las oportunidades para proporcionar fondos directamente a las instituciones de educación superior con el fin de apoyar a los grupos de bebés y niños pequeños.



Fuerza Laboral

- *Fuerza laboral representativa:* Desarrollar una fuerza laboral bien calificada representativa de los niños a quienes se les brinda cuidado, con un enfoque en la fuerza laboral bilingüe/bicultural, donde existen las mayores disparidades.
- *Compensación:* Aumentar los salarios de todos los proveedores de cuidado de bebés y niños pequeños, aplicando el modelo estatal de costos para el marco de calidad.



Concientización

- *Desarrollar un plan:* Elaborar un informe completo sobre el estado actual del acceso y la necesidad de los servicios de cuidado y aprendizaje temprano de bebés y niños pequeños, su impacto en la economía, los resultados en niños y familias, etc., y proponer un plan para avanzar y satisfacer la demanda de cuidado infantil de alta calidad que apoye el desarrollo económico positivo en Illinois.

ESTRATEGIA: INTERVENCIÓN TEMPRANA OPTIMIZADA



Ampliación de Servicios

- *Aumentar la cantidad de niños que reciben servicios bajo los criterios de elegibilidad existentes:* Asegurar que las fuentes primarias de referencia (familias, proveedores de servicios de la primera infancia, profesionales de la salud, etc.) y los equipos de evaluación de EI entiendan y utilicen los actuales criterios de elegibilidad de EI para hacer referencias apropiadas y determinaciones de elegibilidad.
- *Reducir los retrasos en el servicio:* Implementar estrategias identificadas para disminuir los retrasos en el servicio para familias y niños que sean elegibles para EI, incluyendo aumentos de tarifas de proveedores, telesalud y equipos especializados.
- *Eliminar barreras:* Modificar los métodos de provisión de servicios y equilibrar modelos innovadores para alcanzar y brindar servicios exitosamente a niños y familias con necesidades complejas que están subrepresentados en EI, incluyendo niños sin hogar, niños en el sistema de bienestar infantil y niños expuestos al plomo.



Cambio de Política Pública

- *Revisar los criterios de elegibilidad:* Establecer un equipo de trabajo multidisciplinario dedicado a desarrollar recomendaciones para modificar los criterios de elegibilidad para la EI ampliando las condiciones médicamente diagnosticadas que den como resultado la elegibilidad automática, evaluando los criterios de elegibilidad de personas en riesgo y considerando reducir el porcentaje de retraso requerido para la elegibilidad.
- *Revisar la facturación para facilitar la colaboración:* Establecer mecanismos de facturación para promover la formación de equipos entre las disciplinas de los proveedores de EI y con otros proveedores de servicios de la primera infancia para apoyar mejor a las familias.



Inversión

- *Aumentar los fondos estatales y federales:* Aumentar la financiación estatal y federal para responder al crecimiento proyectado de la demanda de servicios de EI.
- *Aumento de tarifas:* Continuar los aumentos anuales de las tarifas para mejorar el reclutamiento y la retención de los profesionales de EI.



Fuerza Laboral

- *Reclutamiento y retención de la fuerza laboral:* Aumentar el número de profesionales de EI, incluyendo coordinadores de servicios, intérpretes y proveedores, acreditados e inscritos en el sistema, con un enfoque intencional en proveedores que sean étnicamente / culturalmente y lingüísticamente representativos de las familias/niños a quienes se les brinda los servicios.
- *Desarrollo profesional:* Implementar el desarrollo profesional continuo e integrado para fortalecer los conocimientos y habilidades relacionados con las prácticas recomendadas de los profesionales y asegurar que se proporcione una supervisión reflexiva y orientación práctica a los profesionales de EI.
- *Reducir el número de casos asignados a los coordinadores de servicios:* Disminuir el número de casos de los Coordinadores de Servicios para aumentar la calidad del servicio de cuidado que reciben las familias y promover la retención del personal.



Uso de datos

- *Sistema de gestión de datos en línea:* Garantizar que el nuevo sistema de gestión de datos de EI esté en línea y sea accesible para todas las partes interesadas pertinentes y que admita la recopilación, el reporte, la facturación y el monitoreo de datos en tiempo real y promueva la formación de equipos entre los profesionales de EI.



Concientización

- *Lanzar campaña de concientización pública:* Desarrollar y lanzar una campaña de concientización pública (que incluya anuncios de servicio público, vallas publicitarias en la vía pública, medios sociales, testimonios de padres, etc.) para promover la concientización de la comunidad sobre la EI, su propósito y beneficios, cómo son los servicios de alta calidad y cómo acceder a los servicios.
- *Participación de los padres:* Ampliar el Programa de Capacitación de Intervención Temprana para educar y apoyar a las familias que reciben servicios de EI a fin de asegurar que comprendan lo que se puede esperar de los servicios de EI y que puedan participar de manera significativa.



FAMILIAS ECONÓMICAMENTE SEGURAS

FAMILIAS ECONÓMICAMENTE SEGURAS

PROBLEMA A RESOLVER: Las investigaciones dejan en claro que la pobreza es la mayor amenaza para el bienestar de los niños. Desafortunadamente, la pobreza afecta de manera desproporcionada a las familias con niños pequeños. Los niños menores de 3 años tienen más probabilidades que los niños de cualquier otro grupo de edad, o que los adultos, de vivir en la pobreza, y de hecho, los niños menores de tres años tienen más del doble de probabilidades de vivir en la pobreza que los adultos mayores de 65 años.^{xxiii} Al mismo tiempo, los padres de bebés y niños pequeños se enfrentan a muchas barreras para acceder a apoyos a los ingresos y oportunidades laborales que pueden sacarlos de la pobreza. Los programas de redes de seguridad no se están aprovechando al máximo porque las familias no están al tanto de tales programas y debido también a los complejos requisitos de participación. Por ejemplo, en Illinois, solo el 43% de las familias elegibles accedió al WIC en 2018. Abordar las barreras a la inscripción podría ayudar a mejorar los resultados en los niños.^{xxiv}

Las barreras a oportunidades laborales con salarios dignos que alcancen para vivir y que sean compatibles con la crianza de los hijos son aún mayores. Entre los países desarrollados, Estados Unidos es uno de los pocos que no proporciona licencias remuneradas obligatorias por el nacimiento de un hijo.^{xxv} En Illinois, el 60% de los trabajadores ni siquiera tiene acceso a una licencia familiar y médica no remunerada.^{xxvi} En los meses críticos después del nacimiento, lo mejor es que los bebés sean cuidados principalmente por la madre o el padre, ya que los bebés todavía están desarrollando su cerebro y su sistema nervioso central y formando un vínculo o apego seguro con uno o algunos cuidadores primarios. Es a través de estas primeras relaciones de apego que los bebés comienzan a aprender sobre el mundo que los rodea y cómo regularse a sí mismos en ese mundo, lo cual sienta las bases de su futuro aprendizaje. Las madres que acaban de dar a luz también necesitan tiempo y descanso para sanar del parto, lo cual puede implicar la recuperación de una cirugía mayor en el caso de las madres que dieron a luz por cesárea. Además, cuidar a un recién nacido es una tarea física y emocionalmente exigente, y un trabajo de tiempo completo en sí mismo.

Como se describe en la sección anterior, cuando los padres regresan a su trabajo, no hay suficientes opciones disponibles de cuidado infantil para satisfacer la demanda, y el cuidado infantil que sí está disponible es muy costoso. También ha habido un crecimiento significativo de empleos con bajos salarios y con horarios no tradicionales y/o irregulares, lo que plantea grandes desafíos para los padres de niños muy pequeños que dependen de esos empleos para obtener ingresos. Para los numerosos padres que deben regresar al trabajo una a dos semanas después del nacimiento, el desafío de encontrar cuidado infantil se vuelve aún mayor, ya que los proveedores de cuidado infantil no tienen licencia para cuidar a niños menores de 6 semanas en Illinois.

Los siguientes objetivos proporcionan pasos tangibles y alcanzables que Illinois puede dar para mejorar la salud económica de las familias que tendrán un impacto directo y profundo en el bienestar y el éxito de los bebés y niños pequeños de Illinois y sus familias.

ESTRATEGIA: POLÍTICAS DE TRABAJO FAVORABLES PARA LAS FAMILIAS



Cambio de Política Pública

- *Licencia familiar y licencia por enfermedad remuneradas:* Apoyar legislación que establezca la provisión de licencia familiar y licencia por enfermedad remuneradas para los residentes.
- *Búsqueda de empleo:* Establecer la búsqueda de empleo como una actividad elegible para el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil para padres de niños menores de 3 años.
- *Horas de trabajo estables:* Promulgar políticas para aumentar la previsibilidad de las horas de trabajo, especialmente en empleos con bajos salarios.



Fuerza Laboral

- *Acceso a empleos:* Aumentar el acceso a empleos para los padres que paguen un salario digno que les alcance para vivir aprovechando los programas de desarrollo de fuerza laboral y garantizando que respondan a las necesidades de las familias con niños pequeños.



Cohesión

- *Vinculación entre sistemas:* Establecer colaboraciones intencionales entre todos los programas de cuidado infantil y desarrollo de fuerza laboral y la comunidad empresarial para apoyar a los padres con niños pequeños ayudándolos a acceder a trabajos y apoyos laborales y a abordar los desafíos relacionados con las horas de trabajo variables.

ESTRATEGIA: APOYO A INGRESOS FAMILIARES



Ampliación de Servicios

- *Aumentar el uso de los beneficios:* Ampliar los esfuerzos para agilizar la determinación de la elegibilidad en múltiples programas de beneficios, eliminar las barreras a la re-determinación y emplear estrategias para ayudar a las familias a acceder a los beneficios públicos, tales como la colocalización, aplicaciones para smartphones y navegadores de beneficios.
- *Mitigar el impacto de la carga pública:* Elaborar estrategias para evitar que la Carga Pública disuada a las familias elegibles de inscribirse en beneficios públicos, tales como capacitación especializada para el personal y mensajes de concientización pública.
- *Aumentar el acceso a WIC:* Elaborar estrategias para aumentar el uso del programa de nutrición Special Supplemental Nutrition Program for WIC, incluyendo la expansión de las opciones de alimentos, particularmente aquellos que son aptos para alérgicos, y proporcionar citas para el mismo día o el día siguiente.



Cambio de Política Pública

- *Crédito fiscal por ingresos del trabajo (EITC):* Aumentar el impacto del EITC incrementando el monto del pago, haciendo que el pago sea mensual en lugar de una única suma global, y ampliando la elegibilidad para incluir a los cuidadores no remunerados.



Inversión

- *Conteos precisos:* Asegurar que todos sean contados en el Censo de 2020, especialmente los niños menores de 5 años para asegurar que Illinois reciba su parte correspondiente de los fondos federales.
- *Ingreso básico universal:* Explorar la eficacia y viabilidad de un programa de Ingreso Básico Universal.



Cohesión

- *Colaboración entre todos los programas:* Aumentar la colaboración de todo el sistema de la primera infancia y WIC.



INFRAESTRUCTURA SÓLIDA

INFRAESTRUCTURA SÓLIDA

PROBLEMA A RESOLVER: El éxito de los objetivos específicos del programa o temas descritos en esta agenda estará determinado en gran medida por la solidez de la infraestructura que apoya el sistema en su conjunto. En la actualidad, el sistema de la primera infancia es sumamente complejo y muy fragmentado, lo que dificulta que las familias y los profesionales entiendan, aprovechen y utilicen los programas y servicios.^{xxvii} A nivel comunitario, no se dispone de sistemas estatales robustos que permitan hacer referencias, intercambiar información, hacer una planificación comunitaria y fomentar la colaboración continua entre los sistemas de servicios para niños y familias; además, las comunidades no cuentan con el apoyo adecuado para desarrollar dichos sistemas.

A nivel estatal, los sistemas de datos también están fragmentados y no están alineados para informar adecuadamente los esfuerzos tanto de provisión de servicios como de planificación comunitaria. La capacidad administrativa de las agencias estatales también es extremadamente limitada, lo que afecta la capacidad del estado de construir una infraestructura más sólida para la primera infancia con todas las agencias pertinentes y responder a los aumentos previstos en los niños y las familias que reciben servicios. Por último, mientras Illinois y otros estados trabajan para abordar la crítica escasez de fuerza laboral, es esencial mejorar los apoyos y el desarrollo profesional en todos los sistemas.^{xxviii}

Así como están fragmentados los programas, servicios y sistemas de datos de la primera infancia, también lo están las competencias profesionales, estructura y especializaciones de la fuerza laboral de la primera infancia, y los apoyos y desarrollo profesional. La falta de integración y alineación impide que el Estado pueda garantizar estándares de calidad uniformes para las familias en todos los programas y servicios y aprovechar eficiencias para el desarrollo y apoyo de la fuerza laboral y un sistema fuerte en general.

Las recomendaciones presentadas en esta sección son sin duda ambiciosas, pero también alcanzables y podrían contribuir significativamente a alcanzar los objetivos propuestos en esta agenda.



Ampliación de Servicios

- *Capacidad administrativa:* Fortalecer la capacidad administrativa de las agencias estatales que administran programas y servicios de cuidado y aprendizaje temprano para responder a los aumentos previstos en niños y familias que reciben dichos servicios.



Uso de datos

- *Alinear y mejorar los sistemas de datos:* Aumentar la recopilación y el reporte de datos completos, alineados y oportunos de los programas y servicios de cuidado y aprendizaje temprano con el fin de estar mejor informados para la asignación de recursos y la planificación comunitaria, proporcionar datos desglosados sobre la demografía de los participantes y la composición de la fuerza laboral, y medir el progreso y los resultados.



Cohesión

- *Integración de servicios y referencias:* Aumentar la colaboración entre los sistemas que brindan servicios a las familias, incluyendo los sistemas de cuidado y educación temprana, bienestar infantil, salud y salud mental infantil para establecer vías sistemáticas de referencia, procedimientos para compartir información y para brindar servicios a las familias de manera colaborativa.
- *Establecer un sistema estatal de colaboración comunitaria:* Establecer un sistema estatal de colaboración que incluya una entidad líder y colaboraciones que estén al servicio de todas las áreas del estado para implementar 1) una planificación impulsada por la comunidad para los servicios destinados a niños de 0 a 5 años y acceso a oportunidades de financiación; 2) apoyo a la inscripción máxima y dotación de personal completo en todos los programas; 3) participación de las familias que más necesitan los servicios; y 4) un enfoque de “no hay puerta equivocada” para todas las familias que busquen servicios y apoyos.
- *Desarrollar un enfoque integrado entre todos los sistemas para la evaluación del desarrollo:* Actualmente no se dispone de datos sobre si cada niño recibe evaluaciones socioemocionales y del desarrollo, y aunque los niños pueden recibir, y de hecho reciben, evaluaciones del desarrollo de múltiples entidades, es probable que muchos niños no sean evaluados usando herramientas validadas en la periodicidad recomendada, resultando así en una insuficiente identificación de niños que necesitan apoyos para el desarrollo. La Administración debe adoptar medidas de inmediato para implementar las recomendaciones del Consejo de Aprendizaje Temprano a fin de desarrollar mecanismos en los sistemas de salud y aprendizaje temprano para saber si todos los niños están recibiendo las evaluaciones socioemocionales y del desarrollo y usar estos datos para informar a los esfuerzos específicamente creados para incrementar las evaluaciones del desarrollo en las áreas de mayor necesidad.
- *Poblaciones prioritarias:* En la medida de lo posible, integrar y alinear políticas y prácticas en todos los sistemas al servicio de las poblaciones prioritarias oficiales del Consejo de Aprendizaje Temprano y crear la capacidad necesaria para asegurar que las poblaciones prioritarias puedan acceder a los programas y servicios de la primera infancia y participar en ellos.



Ampliación de Servicios

- *Consulta de salud mental para bebés/niños pequeños:* Establecer un sistema estatal de consulta de salud mental que funcione en todos los entornos de la primera infancia con la dosis recomendada dirigida por una entidad centralizada que administre la capacitación y desarrollo profesional, la base de datos de proveedores y el despliegue de la fuerza laboral.



Fuerza Laboral

- *Integración de desarrollo profesional:* Alinear e integrar el desarrollo profesional de los proveedores de servicio para la primera infancia en los programas y servicios para bebés/niños pequeños utilizando un marco de calidad compartido.
- *Estructura y especializaciones:* En la medida de lo posible, alinear las competencias profesionales en los programas de preparación para bebés/niños pequeños con el fin de ampliar la fuerza laboral preparada para múltiples puestos de trabajo al servicio de bebés/niños pequeños.

NOTAS FINALES

- i Taylor, J., Novoa, C., Hamm, K., & Phadke, S. (Mayo de 2019). "Eliminating Racial Disparities in Maternal and Infant Mortality A Comprehensive Policy Blueprint." (Eliminando las disparidades raciales en la mortalidad materna e infantil: Un plan integral de políticas). Washington, D.C.: Center for American Progress. Extraído de: <https://cdn.americanprogress.org/content/uploads/2019/04/30133000/Maternal-Infant-Mortality-report.pdf>.
- ii Ibid.
- iii Reeves, R. (Mayo de 2019). "Reversing Current Trends in Black Maternal and Infant Health Outcomes." (Cómo revertir las tendencias actuales en los resultados de la salud materna e infantil en la población negra). Washington, D.C.: Center for the Study of Social Policy. Extraído de: <https://cssp.org/2019/05/trends-in-black-maternal-and-infant-health-outcomes/>.
- iv Informe emitido por la National Partnership for Women and Families. (Abril de 2018). "Black Women's Maternal Health: A Multifaceted Approach to Addressing Persistent and Dire Health Disparities." (Salud Materna de las Mujeres Negras: Un enfoque multifacético para abordar las persistentes y graves disparidades en materia de salud". Washington, D.C.: National Partnership for Women and Families, Extraído de: <https://www.nationalpartnership.org/our-work/health/reports/black-womens-maternal-health.html>
- v Taylor, J., Novoa, C., Hamm, K., & Phadke, S. (Mayo de 2019). "Eliminating Racial Disparities in Maternal and Infant Mortality A Comprehensive Policy Blueprint." (Eliminando las disparidades raciales en la mortalidad materna e infantil: Un plan integral de políticas). Washington, D.C.: Center for American Progress. Extraído de: <https://cdn.americanprogress.org/content/uploads/2019/04/30133000/Maternal-Infant-Mortality-report.pdf>
- vi Ibid
- vii Departamento de Salud Pública de Illinois. (Octubre de 2018). "Illinois Maternal Morbidity and Mortality Report" (Informe de Morbilidad y Mortalidad Materna de Illinois). Springfield, IL: Departamento de Salud Pública de Illinois. Extraído de: <http://dph.illinois.gov/sites/default/files/publications/publicationsowhmaternalmorbiditymortalityreport112018.pdf>
- viii Ibid.
- ix Ibid.
- x Taylor, J., Novoa, C., Hamm, K., & Phadke, S. (Mayo de 2019). "Eliminating Racial Disparities in Maternal and Infant Mortality A Comprehensive Policy Blueprint." (Eliminando las disparidades raciales en la mortalidad materna e infantil: Un plan integral de políticas). Washington, D.C.: Center for American Progress. Extraído de: <https://cdn.americanprogress.org/content/uploads/2019/04/30133000/Maternal-Infant-Mortality-report.pdf>
- xi Novoa, C. & Taylor, J. (Febrero de 2018). "Exploring African Americans' High Maternal and Infant Death Rates" (Explorando las altas tasas de mortalidad materna e infantil entre los afroamericanos) Washington, D.C.: Center for American Progress. Extraído de: <https://www.americanprogress.org/issues/early-childhood/reports/2018/02/01/445576/exploring-african-americans-high-maternal-infant-death-rates/>.
- xii Polakow-Suransky, S. (Mayo de 2019). "How to End the Child-Care Crisis A child's first 1,000 days are a time to be seized" (Cómo poner fin a la crisis del cuidado infantil: Los primeros 1000 días en la vida de un niño son un momento que hay que aprovechar". New York, NY.: The New York Times. Extraído de: <https://www.nytimes.com>.
- xiii Ibid.
- xiv IFF. (Abril de 2019). "Access And Quality For Illinois Children Illinois Early Childhood Education Needs Assessment" (Acceso y calidad para los niños de Illinois: Evaluación de necesidades de la educación de la primera infancia de Illinois). Chicago, IL.: Illinois Facilities Fund. Extraído de: https://iff.org/wp-content/uploads/2019/05/2019_Illinois_ECE_REV_0506.pdf.
- xv Ibid.
- xvi Yarbrough, K.W. (Enero de 2020). Caring for Our Youngest: "State Strategies for Improving the Quality of Child Care for Children Under Age Three through Quality Improvement Systems" (Cuidando a nuestros más pequeños: Estrategias estatales para mejorar la calidad del cuidado infantil para niños menores de tres años mediante sistemas de mejora de la calidad). BUILD Initiative. Extraído de: <https://www.buildinitiative.org/Portals/0/Uploads/Documents/QRIS%203.0/QRIS2020CaringforYoungestReport.pdf?ver=2020-01-27-143318-390>.
- xvii Workman, S. & Jessen-Howard, S. (Noviembre de 2018). "Understanding the True Cost of Child Care for Infants and Toddlers" (Entendiendo el verdadero costo del cuidado infantil de bebés y niños pequeños) Washington, D.C.: Center for American Progress. Extraído de: <https://www.americanprogress.org/issues/early-childhood/reports/2018/11/15/460970/understanding-true-cost-child-care-infants-toddlers/>.

NOTAS FINALES (Cont.)

xviii Main, C., Yarbrough, K.W. y Patten, B. (2018). "Voices from the Front Lines of Early Learning: 2017 Illinois Early Childhood Workforce Survey Report" (*Las voces del frente del aprendizaje temprano: Informe de la Encuesta a la Fuerza Laboral de la Primera Infancia de Illinois 2017*). Chicago, IL: UIC College of Education. Extraído de:

<https://www2.illinois.gov/sites/OECD/Documents/2017%20Illinois%20Early%20Childhood%20Workforce%20Survey%20Report.pdf>.

xix Center for the Study of Child Care Employment. (2016). "Early Childhood Workforce Index Illinois" (*Índice de la Fuerza Laboral de la Primera Infancia en Illinois*). Berkeley, CA.: Universidad de California, Berkeley. Extraído de:

<https://cscce.berkeley.edu/files/2016/Index-2016-Illinois.pdf>.

xx Main, C., Yarbrough, K.W. y Patten, B. (2018). "Voices from the Front Lines of Early Learning: 2017 Illinois Early Childhood Workforce Survey Report" (*Las voces del frente del aprendizaje temprano: Informe de la Encuesta a la Fuerza Laboral de la Primera Infancia de Illinois 2017*). Chicago, IL: UIC College of Education. Extraído de:

<https://www2.illinois.gov/sites/OECD/Documents/2017%20Illinois%20Early%20Childhood%20Workforce%20Survey%20Report.pdf>.

xxi Austin, L.J.E. (2018). Supporting the Infant Toddler Workforce: A Multipronged Approach is Urgently Needed (Apoyando la fuerza laboral dedicada a la primera infancia: Se necesita urgentemente un enfoque multifacético). Blog de BUILD Initiative. Extraído de: <https://www.buildinitiative.org>.

xxii Centro Nacional de Asistencia Técnica para la Primera Infancia (Julio de 2011). The Importance of Early Intervention for Infants and Toddlers with Disabilities and their Families (La importancia de la intervención temprana para bebés y niños pequeños con discapacidades y sus familias). Extraído de:

<https://ectacenter.org/~pdfs/pubs/importanceofearlyintervention.pdf>

xxiii Jiang, Y., Granja, M.R., & Koball, H. (Enero de 2017). "Basic Facts About Low-income Children Under Three" (*Datos básicos sobre los niños de bajos ingresos menores de tres años*). Washington, D.C.: National Center for Children in Poverty. Extraído de: http://www.nccp.org/publications/pub_1171.html.

xxiv EverThrive Illinois. (Marzo de 2019). "Making WIC Work in Illinois: Opportunities & Recommendations for Program Improvement" (*Lograr que WIC funcione en Illinois: Oportunidades y Recomendaciones para la Mejora del Programa*). Chicago, IL: EverThrive Illinois. Extraído de: https://www.everthriveil.org/sites/default/files/docs/2019_MakingWICWork.pdf.

xxv National Partnership for Children and Families. (Enero de 2020). "Paid Family Leave Means a Stronger Illinois" (La licencia familiar remunerada significa un Illinois más fuerte). Washington, D.C.: National Partnership for Children and Families. Extraído de: <https://www.nationalpartnership.org/our-work/resources/economic-justice/paid-leave/paid-leave-means-a-stronger-illinois.pdf>.

xxvi Ibid.

xxvii Bassok, D., Magnuson, K. & Weiland, C. (2016). "Building a cohesive, high-quality early childhood system, A Policy Memo" (*Construyendo un sistema cohesivo y de alta calidad para la primera infancia, Un memorándum de política*).

Washington, D.C.: Centro Brown sobre Políticas de Educación en Brookings. Extraído de:

https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/12/browncenter_20161219_earlychildhood_memo.pdf.

xviii Main, C., & Yarbrough, K.W. (2018). "Transforming the Early Childhood Workforce: An Action Plan for Illinois" (*Transformando la fuerza laboral de la primera infancia: Un plan de acción para Illinois*). Chicago, IL: UIC College of Education. Extraído de: <https://www2.illinois.gov/sites/OECD/Pages/default.aspx>.



APÉNDICES

APÉNDICE

PRIORIDADES DE EQUIDAD RACIAL Y POBLACIONES PRIORITARIAS DEL CONSEJO DE APRENDIZAJE TEMPRANO DE ILLINOIS (ILLINOIS EARLY LEARNING COUNCIL)

Definición de Equidad Racial en Illinois: *Una sociedad racialmente equitativa valora y acepta todas las identidades raciales y étnicas. En tal sociedad, la propia identidad racial/étnica (particularmente negra, latina, indígena y asiática) no es un factor en la capacidad de prosperar de un individuo.*

Un sistema de aprendizaje temprano racialmente equitativo está impulsado por los datos y garantiza que:

- Cada niño pequeño y cada familia, sin importar su raza, etnicidad y circunstancia social, tienen todo lo que necesitan para un desarrollo óptimo;
- Los recursos, las oportunidades, las recompensas y las cargas se distribuyen equitativamente entre los grupos y las comunidades, de modo que aquellos con los mayores retos reciban el apoyo adecuado y no se vean más desfavorecidos; y
- Los sistemas y las políticas se diseñan, reelaboran o eliminan para promover una mayor justicia para los niños y las familias.

Prioridades de equidad racial del Consejo de Aprendizaje Temprano de Illinois:

- Alinear y estandarizar la recopilación y el reporte de datos sobre raza/origen étnico.
- Evaluar e identificar si los procesos de distribución de recursos agravan las disparidades raciales, incluyendo la contratación de agencias.
- Abordar las disparidades raciales/étnicas en términos de remuneración y avance profesional de la fuerza laboral. Por ejemplo, los maestros principales son predominantemente blancos (<80%) en comparación con las personas de color que suelen estar en posiciones inferiores.
- Eliminar las disparidades raciales/étnicas de los niños que participan en todos los programas que contribuyen a la preparación escolar y al éxito en la vida.
- Abordar las disparidades raciales en la inscripción en preescolar para niños de 3 y 4 años de edad
- Abordar las disparidades raciales en la inscripción en los servicios destinados a la etapa prenatal hasta los 3 años

Poblaciones Prioritarias del Consejo de Aprendizaje Temprano de Illinois

- Hijos de padres adolescentes
- Niños sin hogar
- Niños en familias que viven en la pobreza/pobreza extrema
- Niños/familias en el Departamento de Servicios para Niños y Familias
- Niños con discapacidades
- Hijos de trabajadores migrantes o de temporada
- El cuidador principal no completó la escuela secundaria/no obtuvo el GED
- Familias que enfrentan barreras basadas en la cultura, el idioma y la religión
- Hijos de un padre/madre con una discapacidad
- Niños/familia que reciben asilo o estatus de refugiados

APÉNDICE

* Indica que es miembro del equipo principal

** Indica que es líder de un grupo de trabajo

MIEMBROS DE LA COALICIÓN ETAPA PRENATAL A TRES AÑOS DE ILLINOIS

Angela Accurso

YWCA Metropolitan Chicago

Jennifer Alexander

Oficina del Alcalde de la Ciudad de Chicago

Zachary Allen

Junta de Educación del Estado de Illinois

Grace Araya

Illinois Action for Children

Tonya Bibbs*

Erikson Institute

Brenda Blasingame**

Health Connect One

Deb Brownson

Quad Cities ECE Collaborative

Nicole (Nikki) Cameron

Metropolitan Family Services

Tim Carpenter

Council for a Strong America

Denise Castillo Dell Isola*

Irving Harris Foundation

Jose Cerda

IFF

Glenette Cline

Programa de Educación Temprana Pembroke (P.E.E.P.)

Mary Beth Corrigan

Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois

Veronica Cortez* **

Sargent Shriver National Center on Poverty Law

Emily Crehan

COFI

Jen Crick

Illinois Developmental Therapy Association

George Davis

Departamento de Servicios Humanos de la ciudad de Rockford

Kisha Davis

Departamento de Servicios Humanos de Illinois

Maralda Davis

COFI

Benny Delgado**

Illinois Developmental Therapy Association

Donna Emmons*

Oficina Estatal de Colaboración de Illinois Head Start Association

Ann Freiburg**

Departamento de Servicios Humanos de Illinois

Ausannette Garcia-Goyette'

Irving Harris Foundation

Gaylord Gieseke

Illinois Children's Mental Health Partnership, Illinois Children's Trauma Coalition

Phyllis Glink

Irving Harris Foundation

Cristina Gonzalez del Riego

Ounce of Prevention Fund

Cornelia Grumman

McCormick Foundation

APÉNDICE

** Indica que es miembro del equipo principal*

*** Indica que es líder de un grupo de trabajo*

Chelsea Guillen**

Defensoría de la Intervención Temprana

Fakelia Guyton**

Bright and Early DuPage

Jenny Hansen

United Way

Dan Harris*

INCCRRA

Theresa Hawley

Oficina del Gobernador J.B. Pritzker

Nakisha Hobbs*

Departamento de Servicios Humanos de Illinois
(anteriormente)

Keith Hollenkamp

IECAM

Eboni Howard

American Institutes for Research (AIR)

Carisa Hurley

Junta de Educación del Estado de Illinois

Debra Hwang

Oficina del Gobernador para el Desarrollo de la
Primera Infancia

Brenda Kay Estham

Servicio de Recursos de Cuidado Infantil

Dana Keim

All Our Kids Network

Jenna Kelly

Illinois Association for Infant Mental Health

Katie Kelly

Iniciativa Infantil Pritzker (Pritzker Children's
Initiative)

Alaina Kennedy

Asociación de Planes de Salud de Medicaid de Illinois

Sarah Labadie

Women Employed

Tom Layman* **

Oficina del Gobernador para el Desarrollo de la Primera
Infancia

Latasha Lee

Advocate Children's Hospital

Brenda Lee Smith

SAL Child Care Connection

Lori Longueville

Southern IL Collaborative

Kim Mann

Departamento de Servicios para Niños y Familias de
Illinois

Kathy Martin

Servicio de Recursos de Cuidado Infantil

Kenya D. McRae

Departamento de Salud Pública de Illinois

Marcy Mendenhall

Quad Cities ECE Collaborative

Janice Moenster

Children's Home and Aid

Talibah Moore

COFI

Lauri Morrison-Frichtl

Illinois Head Start Association

Michelle Morton

COFI

Carol Muhammad

Child and Family Connections #10

Marilyn Murry

Southern IL Collaborative

APÉNDICE

** Indica que es miembro del equipo principal*

*** Indica que es líder de un grupo de trabajo*

Theresa C. Nihill

Sociedad de Asistencia Legal de Metropolitan
Family Services

Tracy Ocomy Crowder

COFI

Cindy Orgin

Academia Americana de Pediatría (American
Academy of Pediatrics), División de Illinois

Delia Perez

COFI

Amber Peters

Elgin Partnership for Early Learning

Laura Phelan

Departamento de Salud y Servicios para las Familias
de Illinois

Ashley Phillips

March of Dimes

Jennie Pinkwater

Academia Americana de Pediatría (American
Academy of Pediatrics), División de Illinois

Marianne Pokorny

YWCA Metropolitan Chicago

Tiffany Powell

Children's Home and Aid

Sylvia Puente*

Latino Policy Forum

Teresa Ramos*

Illinois Action for Children

Kirbi Range* **

EverThrive Illinois

Tonya Reed

COFI

Trish Rooney* **

SPARK Aurora

Jaime Ruseel

Children's Home and Aid

Tamara Sanders-Carter*

Junta de Educación del Estado de Illinois

Linda Saterfield*

Departamento de Servicios Humanos de Illinois

Kristen Schraml-Block

Terapeuta del Desarrollo--Especialista en Audición

Ralph Schubert

Universidad de Illinois en Chicago (Programas Título V,
División de Cuidados Especializados para Niños)

Lesley Schwartz**

Oficina del Gobernador para el Desarrollo de la Primera
Infancia

Cye Cye Simms

COFI

Regina Simms

COFI

Sara Slaughter

Stone Foundation

Penny Smith

Junta de Educación del Estado de Illinois

Bryan Stokes* **

Illinois Action for Children

Joanna Su

Oficina del Gobernador para el Desarrollo de la Primera
Infancia

Kaylan Szafranski

Legal Council for Health Justice

Samir Tanna

Illinois Action for Children

Cynthia Tate*

Oficina del Gobernador para el Desarrollo de la Primera
Infancia

APÉNDICE

** Indica que es miembro del equipo principal*

*** Indica que es líder de un grupo de trabajo*

Dawn Thomas*

IECAM

Evonda Thomas-Smith

Departamento de Salud Pública de Illinois

Brandon Thorne*

Stone Foundation

Molly Uhe-Edmonds

Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois

Wendy Uptain*

McCormick Foundation

Michell Vilchez

SEIU Healthcare Illinois/Indiana/Missouri/Kansas

Nick Wechsler

Ounce of Prevention Fund

Tina Weigel

Servicio de Recursos de Cuidado Infantil

Lizzy Whitehorn

Oficina del Gobernador

Jordan Wildermuth

Nurse Family Partnerships

Yolanda Williams

COFI

Kelly Woodlock**

Ounce of Prevention Fund

Robin York

Advocate Children's Hospital

Amy Zimmerman

Legal Council for Health Justice (anteriormente)

Plantilla Maestra de la Agenda PN3

Índice

APOYO PERINATAL: PRENATAL, INTRAPARTO Y POSTPARTO	2
INTERVENCIÓN TEMPRANA	6
VISITADORES A DOMICILIO	14
CUIDADO INFANTIL Y DESARROLLO	27
SEGURIDAD ECONÓMICA FAMILIAR	30
ESTRUCTURA DE SISTEMAS	35
FUERZA LABORAL	38

Iniciativa de Illinois para la Etapa Prenatal a Tres Años

Visión de Illinois: Imaginamos Illinois como un lugar donde todos los niños pequeños —sin importar su raza, origen étnico, ingreso familiar, idioma, ubicación geográfica, aptitudes individuales, estatus migratorio u otras circunstancias— reciben el mejor comienzo posible en la vida para que crezcan seguros, saludables, felices, listos para tener éxito en la vida y con deseos de aprender.

Los objetivos de la Iniciativa de Illinois para la Etapa Prenatal a Tres Años son: (1) Aumentar el número de familias y niños, desde la etapa prenatal hasta los tres años, que estén conectados con servicios de apoyos esenciales y de alta calidad para la salud, el desarrollo y las habilidades social-emocionales y (2) aumentar la disponibilidad de opciones de cuidado infantil asequible y de alta calidad para bebés y niños pequeños en diversos entornos.

Propósito de la iniciativa: La iniciativa resultará en un acceso mejorado a servicios de alta calidad para 50,000 bebés y niños pequeños de Illinois en familias con ingresos inferiores al 200% del Nivel de Pobreza Federal (FPL) para 2023, y para 100,000 bebés y niños pequeños de Illinois en familias con ingresos inferiores al 200% del FPL para 2025.

Apoyo perinatal: Prenatal, intraparto y posparto

<p>1. Ampliar y mejorar los apoyos perinatales continuos para todas las mujeres embarazadas, los recién nacidos y sus sistemas de apoyo familiares y comunitarios, independientemente de su estatus migratorio.</p> <p>Fundamento: Las visitas de atención prenatal son importantes, pero no están diseñadas para abordar el alcance completo de los apoyos y necesidades de las mujeres embarazadas y las familias. El contacto de apoyo prenatal es el compromiso de conectar a las personas con más recursos, lo cual mejorará los resultados de salud y parto de las mujeres embarazadas y los bebés. Varias comunidades en todo el país están comenzando a implementar un punto de contacto prenatal universal por parte de orientadores perinatales en su trabajo con las familias</p>		
Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
<p>1.1 Ampliar las visitas domiciliarias universales por parte de enfermeras de recién nacidos para todos los bebés recién nacidos que incluyan una evaluación integral, referencia y conexión a todos los servicios necesarios, incluyendo servicios de salud y comunitarios.</p> <p>(Ver este objetivo en la plantilla de Visitas domiciliarias)</p>	<p>1.1 La visita domiciliaria universal para brindar apoyo a recién nacidos/familias estará disponible en no menos del 50% de todos los condados de Illinois durante un período de diez años. Observe la plantilla de visitas domiciliarias para conocer los plazos y el impacto de la expansión a nuevas comunidades del servicio de visitas domiciliarias universales para recién nacidos.</p> <p>1.1 Se agregarán nuevas estrategias y enfoques diseñados para llegar a todas las familias con un nuevo nacimiento en lugares no tradicionales de apoyo familiar, incluyendo centros comunitarios, bibliotecas, parques, etc.</p>	<p>1.1 Identificar comunidades adicionales donde ofrecer el servicio de visita domiciliaria universal para recién nacidos y desarrollar planes de preparación. Asegurar que la expansión alcance a comunidades que experimentan las mayores disparidades en el acceso a la atención médica y otros servicios. (Ver la plantilla de visitas domiciliarias)</p> <p>1.1 Identificar y abogar por flujos de financiación adicionales para apoyar la expansión (el primer año y cada año)</p> <p>1.1 Adoptar un enfoque de saturación comunitaria que identifique a los líderes y los lugares dentro de la comunidad donde ofrecer el apoyo perinatal, es decir, grupos de apoyo del 4o trimestre, grupos de apoyo para bebés irritables, grupos de papás, grupos de apoyo sobre crianza temprana, etc.</p> <p>1.1 Financiar y establecer un registro perinatal voluntario para cualquier persona embarazada o que acaba de dar a luz con el propósito de conectar a las familias (padres, abuelos, parejas) con un sistema de apoyo continuo</p>
<p>1.2 Establecer una conexión/visita prenatal universal voluntaria que proporcione a cualquier persona embarazada una evaluación integral, referencias y conexión a los servicios.</p>	<p>1.2 Por lo menos el 80% o más de las personas embarazadas (hubo 149,309 nacidos vivos en IL en 2017, por lo que esto significaría un total de 119,512) en el estado de Illinois experimentará una mejor</p>	<p>1.2. En el Año 1, se identificarán modelos y métodos para que IL considere la provisión del servicio de visitas prenatales universales. El trabajo consiste en investigar los modelos de visitas prenatales universales que actualmente se están poniendo a prueba y utilizando en otros estados, e identificar cómo esto se alineará con el esfuerzo de IL de proporcionar visitas universales de enfermeras posparto.</p>

APÉNDICE

	atención perinatal y estará mejor conectada con los apoyos sociales y médicos para 2025 (es necesario estimar la captación e identificar el impacto año tras año)	<p>1.2 En el Año 2, implementar de dos a tres comunidades de demostración de diferentes áreas del estado, y con el foco puesto en áreas de mayor necesidad para recopilar lecciones aprendidas, evaluar la implementación para disponer de la información necesaria para implementar a escala.</p> <p>1.2 Para el año 5, proveer un sistema de visitas prenatales universales en todo el estado para todas las personas que elijan este servicio.</p>
1.3 Establecer una campaña de concientización pública centrada en la salud infantil y materna que empodere a las personas con los conocimientos y las herramientas para abogar por sí mismas.	1.3 Los actuales sistemas de apoyo y atención perinatal crecerán para alcanzar a la cantidad de individuos establecida como meta indicada anteriormente.	<p>1.3 Ampliar la capacitación del Departamento de Salud Pública de Illinois sobre el riesgo de mortalidad materna para los visitantes domiciliarios con el fin de apoyar los nacimientos saludables y la atención posparto. Considerar la posibilidad de expandirse para incorporar proveedores adicionales de servicios de la primera infancia.</p> <p>1.3. Mover el foco a la extensión comunitaria mediante la co-creación, junto con cada comunidad, de una estrategia de campaña de educación pública basada en el contexto comunitario individual.</p>
1.4 Abordar la atención intraparto, incentivando la expansión comunitaria de Hospitales Amigos de los Niños (es decir, aquellos que promueven la lactancia materna) y los centros de maternidad alternativos e independientes. (Se necesita identificar el impacto y las tácticas)		
1.5 Expandir la financiación y el acceso a doulas de la comunidad que puedan estar incorporadas en programas tales como el servicio de visitas domiciliarias o funcionar como servicios comunitarios independientes. Requerir cobertura de servicios perinatales comunitarios por parte de MCOs (organizaciones de atención administrada de Medicaid) y seguros privados.	1.5 Para el año 2025, las doulas de la comunidad estarán disponibles para todas las mujeres embarazadas que las necesiten/quieran (o tal vez, para ese entonces, que estén disponibles en las comunidades con las mayores necesidades. Se necesita identificar marcadores para 2023/2025).	<p>1.5 Aprobar legislación para establecer la financiación a ser provista a Medicaid para el servicio de doulas (año 1)</p> <p>1.5 Identificar mecanismos y modelos para implementar la expansión del servicio de doulas que facturan a Medicaid y asegurar la expansión de la fuerza laboral.</p>
1.6 Aumentar la financiación para el apoyo perinatal comunitario, incluyendo trabajadores de salud, educadores, defensores y visitantes a domicilio prenatales. (Se necesita considerar/establecer impactos y tácticas más concretos)		<p>1.6 Ampliar los grupos de Centering Pregnancy y conectarlos con las estrategias de doulas y contacto de apoyo prenatal mencionadas anteriormente.</p> <p>Orientadores prenatales</p>

APÉNDICE

2. Extender el período posparto de servicios y apoyos por los 12 meses completos después del nacimiento independientemente del estatus migratorio con un enfoque diádico.

Fundamento: Los datos revelan que el riesgo de mortalidad materna aumenta luego de cumplirse 42 días del parto; no obstante, los programas de atención médica generalmente consideran un período de tiempo más corto que disminuye la continuidad de la atención y los servicios y aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad materna. Un sistema de apoyos fuerte y continuo durante el primer año después del parto puede reducir la incidencia de morbilidad y mortalidad materna así como también la de mortalidad infantil.

Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
2.1 En el año 1, establecer cobertura posparto por un año, a través de la exención 1115, para todos los nacimientos que sean elegibles para la financiación federal.	2.1 y 2.2 Una cantidad adicional “x” de mujeres tendrá cobertura posparto durante todo un año para 2021 y para 2022.	2.1 Implementar la exención 1115 para brindar un año de cobertura posparto.
2.2 En el año 2, una extensión de la cobertura posparto por un año completo para todos los nacimientos que no sean elegibles para la financiación federal (como All Kids).		2.2 Identificar costos y números asociados con la implementación de la extensión de cobertura para mujeres que no sean elegibles para la cobertura federal del Año 1, e implementar la extensión del Año 2.

3. Mejorar la calidad de la atención durante el período perinatal mediante el establecimiento de procedimientos y protocolos que aborden el racismo institucional y sistémico y la discriminación implícita que pueden dar lugar a disparidades persistentes en la atención materna y aumentar la morbilidad y mortalidad materna.

Fundamento: Los datos muestran que el 60% de los casos de mortalidad materna son prevenibles. El Estudio Giving Voice to Mothers reveló que el maltrato es experimentado con mayor frecuencia por mujeres de color, cuando el nacimiento se produce en hospitales, y entre aquellas con problemas sociales, económicos o de salud. El maltrato se ve exacerbado por intervenciones obstétricas inesperadas y por desacuerdos entre el paciente y el proveedor. Los expertos están de acuerdo en que el trato que reciben las personas durante el parto puede afectar la salud y el bienestar de la madre, el niño y la familia. Un estudio realizado durante un período de cuatro años en California reveló que las relaciones entre las mujeres negras embarazadas y sus proveedores de atención médica suelen ser una fuente de estrés, enojo y angustia durante un período vulnerable. Mejorar la calidad de la atención de todas las mujeres embarazadas de color mejorará la atención que todas reciben durante el período perinatal y posiblemente en etapas subsiguientes.

3.1 Establecer políticas y procedimientos para el desarrollo profesional integrado y la práctica reflexiva para todos los proveedores de atención médica		
--	--	--

APÉNDICE

perinatal.		
3.2 Establecer un proyecto de equipo de trabajo estatal, con apoyos de ILPQC, para recopilar datos de mujeres embarazadas y padres recientes sobre sus experiencias en el sistema de atención médica durante el período perinatal y luego desarrollar recomendaciones de acciones para mejorar la calidad de la atención durante el período perinatal.		
3.3 Enfoque de equipo en el sistema de salud para tener más voz y conexión en cuanto a las experiencias que las mujeres están teniendo con la atención médica que reciben.		
3.4 Establecer un componente de clasificación perinatal de Illinois para el informe de calificaciones de los hospitales de Illinois y el informe de la guía del consumidor sobre la atención médica.		

Intervención temprana

1. Desarrollar y ampliar los esfuerzos de concientización y divulgación para aumentar la participación en la Intervención Temprana (EI).		
Fundamento: Cuantos más miembros de la comunidad, incluyendo familias y proveedores de salud y de servicios de la primera infancia, comprendan la importancia de la EI, más probabilidades habrá de que las familias sean referidas y participen en la EI.		
Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
<p>1.1 Desarrollar y lanzar la campaña de intervención temprana <i>Early Intervention: Let's Take a Look!</i>, que podría comprender: anuncios de servicio público, vallas publicitarias en la vía pública, testimonios en video, mensajes de texto para padres nuevos o primerizos y/o divulgación en los medios sociales, para promover la concientización comunitaria sobre la EI, su propósito y beneficios, cómo son los servicios de alta calidad y cómo acceder a los servicios en el año 1 (2021).</p>	<p>1.1 En septiembre de 2019, había un total de 23,219 Planes de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) activos. Con los amplios esfuerzos de divulgación propuestos, se prevé que brindaremos servicio al doble de familias y niños (46,000) para el año 5 (2025).</p>	<p>1.1 Asegurar la financiación y el personal de EI, incluyendo el Centro de Información sobre Intervención Temprana (EI Clearinghouse), los Centros de Capacitación e Información para Padres, EARLY CHOICES, y el Programa de Capacitación sobre Intervención Temprana (EITP), para crear y difundir anuncios de servicio público, mensajes de texto, testimonios en video y/o plataforma de medios sociales relacionados con: qué es EI, sus beneficios, los procedimientos de referencia, las experiencias de las familias, etc.</p> <p>1.1 Abogar por fondos y contratar los servicios de una empresa de diseño profesional para evaluar la imagen e identidad general de EI ante el público.</p> <p>1.1 Reclutar e involucrar a familias representativas de todo el estado que hayan participado previamente en servicios de EI para participar en los esfuerzos de divulgación y concientización comunitaria.</p> <p>1.1 Contratar los servicios de Community Organizing and Family Issues (COFI) para ampliar sus esfuerzos de alcance comunitario a fin de educar a las familias para que entiendan de qué se trata la EI y los beneficios de participar en dicho programa.</p> <p>1.1 Llevar a cabo actividades de divulgación enfocadas en las comunidades para entender por qué las familias no aceptan participar en EI, particularmente en las comunidades que tienen las tasas de participación más bajas (familias que son</p>

APÉNDICE

		<p>elegibles pero que rechazan los servicios).</p> <p>1.1 Financiar y establecer un registro voluntario de familias que hayan participado en EI con el propósito de conectar a las familias con un sistema de apoyo continuo.</p>
		<p>1.1 EI, con la aportación de los socios de EI, desarrollará una encuesta/medida que pida a las familias que informen explícitamente sobre la calidad de sus servicios/experiencias con EI.</p>
<p>1.2 Todas las fuentes primarias de referencia, incluyendo familias, proveedores de servicios de la primera infancia y profesionales de salud, harán más referencias a la EI para el año 2 (2022).</p>	<p>1.2 Con esfuerzos de extensión comunitaria intencional, se espera que el programa de EI reciba más referencias.</p>	<p>1.2 Promover y difundir el Formulario Estandarizado de Referencia y Envío por Fax a todas las fuentes primarias de referencia y hacer un seguimiento de su uso.</p> <p>1.2 Promover y difundir el webinar sobre Herramientas para Apoyar la Inclusión (<i>Tools to Support Inclusion</i>) en los sistemas de la primera infancia, con posibles revisiones dirigidas al sector de la salud.</p> <p>1.2 Aumentar la infraestructura del programa de EI (proveedores, coordinadores de servicios, socios de EI, como la Oficina de Intervención Temprana) para apoyar referencias y evaluaciones adicionales de EI.</p> <p>1.2 Todas las tácticas definidas en el punto 1a. anterior son aplicables aquí.</p>
<p>1.3 Ampliar la infraestructura de EI incluyendo la Oficina de Intervención Temprana y los socios administrativos, para apoyar el aumento de niños y familias elegibles y que participan en los servicios de EI para el año 5 (2025).</p>	<p>1.3 El crecimiento de la infraestructura permitirá un mejor apoyo para un mayor número de niños y familias que reciben los servicios.</p>	<p>1.3 Abogar por un aumento de fondos para ampliar la infraestructura e incrementar las asignaciones de personal.</p>

APÉNDICE

2. Ampliar una nueva fuerza laboral de EI para que las familias puedan recibir servicios de profesionales que tengan orígenes étnicos/culturales/lingüísticos similares y apoyar a la fuerza laboral existente para proporcionar servicios de alta calidad centrados en la familia.

Fundamento: La contratación de suficientes profesionales y una fuerza laboral que sea representativa de las familias que reciben servicios en Illinois tiene el potencial de mejorar las experiencias de las familias en el programa de EI. Además, los continuos esfuerzos de desarrollo profesional dirigidos específicamente a ampliar las capacidades de la fuerza laboral de EI (profesionales nuevos y actuales) para apoyar y colaborar con familias que vivan por debajo del 200% del nivel de pobreza federal (FPL) pueden mejorar las experiencias de las familias en EI, ampliando sus capacidades para satisfacer las necesidades de sus hijos y logrando a su vez un impacto positivo en la retención de profesionales/proveedores.

Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
<p>2.1 Aumentar el número de profesionales de EI, incluyendo coordinadores de servicios, intérpretes y proveedores acreditados e inscritos en el sistema para el año 5 (2025).</p>	<p>2.1 En septiembre de 2019 (según Provider Connections), hay un total de 4,798 proveedores acreditados en el sistema de EI. Con esfuerzos de reclutamiento focalizado, se estima que para el año 5 (2025) aproximadamente 4,800 profesionales más de EI</p>	<p>2.1 Colaborar con instituciones de educación superior de todo el estado para difundir información sobre la EI, en particular en el desarrollo humano/infantil, estudios familiares, habla, psicología, trabajo social, Programas OT y PT, con la intención de reclutar profesionales en el college/universidad.</p> <p>2.1 Explorar opciones de becas y condonación de préstamos por brindar servicio donde es requerido para atraer a más profesionales de EI.</p>

APÉNDICE

	<p>de las distintas disciplinas serán reclutados para brindar servicio a niños y familias.</p>	<p>2.1 Asociarse con Provider Connections para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • explorar y establecer especializaciones profesionales para las familias que hayan recibido servicios del programa de intervención temprana y quieren seguir una carrera en EI. • encuestar a los profesionales sobre las razones por las que han dejado que sus credenciales de EI caduquen. • trabajar con la Junta de Educación del Estado de Illinois (ISBE) para desarrollar estrategias con el fin de comenzar con los esfuerzos de reclutamiento desde la escuela secundaria. • desarrollar una opción para volver a inscribir a los proveedores cuya credencial haya caducado. <p>2.1 Contratar el servicio de organizaciones profesionales (es decir, Illinois Developmental Therapy Association) para asistir con el reclutamiento y la retención de profesionales de EI.</p>
<p>2.2 Reclutar a más profesionales de EI de las distintas disciplinas que sean étnicamente/culturalmente y lingüísticamente representativos de las familias/niños que reciben servicios para el año 5 (2025).</p>	<p>2.2 En este momento, el impacto proyectado no se puede determinar porque el sistema de EI no requiere que los profesionales indiquen su raza/etnicidad.</p>	<p>2.2 Todas las tácticas del punto 2a. anterior se aplican aquí.</p> <p>2.2 Involucrar a organizaciones comunitarias, tales como la Asociación de Trabajadores Sociales Negros de Chicago (Chicago Association of Black Social Workers) y la Asociación Latina de Trabajadores Sociales (Latino Association of Social Workers), para ayudar a preparar, reclutar, retener y promover a profesionales de EI que representen cultural/étnica y lingüísticamente a las familias/niños que participan en los servicios de la Parte C.</p> <p>2.2 Colaborar con la Oficina de Intervención Temprana y Provider Connections para determinar la viabilidad y legalidad de solicitar que los profesionales de EI indiquen su raza/etnicidad al inscribirse en el sistema.</p>

APÉNDICE

<p>2.3 Expandir los esfuerzos de desarrollo profesional que se centran en fortalecer los conocimientos y habilidades de los profesionales relacionados con</p>	<p>2.3 Con los mayores esfuerzos de desarrollo profesional,</p>	<p>2.3 Colaborar con EITP para explorar la posibilidad de desarrollar e implementar una “credencial de supervisión reflexiva” que</p>
<p>la aplicación de las prácticas recomendadas para el año 5 (2025).</p>	<p>se estima que al menos 4,800 profesionales tendrán acceso a oportunidades de aprendizaje centradas en la implementación de prácticas recomendadas. Con la implementación de la práctica recomendada, es más probable que las familias y los niños experimenten servicios de alta calidad.</p>	<p>desarrollaría la capacidad de líderes locales para proporcionar coaching y supervisión reflexiva en forma continua a sus profesionales.</p> <p>2.3 Abogar por fondos para que la capacitación de <i>Diversity-Informed Tenets for Work with Infants, Children, and Families</i> pueda ser ofrecida a los profesionales de EI. Además, EITP puede destacar algunos de los recursos gratuitos del programa en su página de Facebook, en su sitio web y dentro de sus ofrecimientos.</p> <p>2.3 Abogar por el requisito de que los profesionales de EI recién inscritos (durante su primer ciclo de acreditación de 3 años) tomen 20 de las 30 horas requeridas de desarrollo profesional eligiendo entre una selección de ofrecimientos de EITP relacionados con el contenido listado en el Objetivo 2c.</p> <p>2.3 Abogar por un aumento de fondos para apoyar un enfoque transdisciplinario de provisión de servicios que apoye mejor las complejas necesidades de las familias y los niños que viven en la pobreza. Consulte las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Métodos de Provisión de Servicios (#9).</p> <p>2.3 Participar y colaborar con el programa de Monitoreo de EI para recopilar datos que reflejen la calidad de los servicios que los proveedores están demostrando (y, por lo tanto, lo que los padres están recibiendo). Esta información puede ayudar a enfocar los esfuerzos de desarrollo profesional.</p>

APÉNDICE

<p>2.4 Disminuir el volumen de casos asignados de los Coordinadores de Servicios (según la recomendación en el informe del Grupo de Trabajo de Provisión de Servicios) para mejorar la calidad de la atención que reciben las familias y los niños y lograr un posible impacto en la retención de profesionales para el año 5 (2025).</p>	<p>2.4 En todo el estado, el número promedio de niños y familias que cada Coordinador de Servicios atiende en un momento determinado es de 55 (algunos CFC tienen más casos asignados, especialmente durante períodos de cambio de personal). Las recomendaciones del grupo de trabajo de provisión de servicios</p>	<p>2.4 Colaborar con la Oficina de EI para abordar el número actual de vacantes de coordinadores de servicios en todo el estado.</p> <p>2.4 Encuestar a los Coordinadores de Servicios que recientemente se hayan alejado de esta labor para conocer las razones por las que decidieron alejarse.</p> <p>2.4 Explorar las agencias de contratación de CFC para determinar las barreras (tales como la falta de flexibilidad horaria; horas de trabajo durante la noche/fines de semana) que podrían estar limitando las condiciones laborales de los Coordinadores de Servicios y</p>
	<p>son las siguientes:</p> <p>2.4 Revisar la fórmula de financiación para incluir a los niños en la admisión y asegurar que cada coordinador de servicios tenga no más de 45 casos activos (sin reducir la asignación por coordinador de servicios del nivel establecido al momento de la recomendación).</p>	<p>repercutiendo en la contratación y la retención.</p> <p>2.1, 2.2 y 2.3 Dado que hay una movilidad limitada o nula de los profesionales de EI, abogar por aumentos salariales anuales para todos los profesionales de EI con el fin de fomentar la contratación y retención de proveedores.</p>
<p>3. Mejorar la comunicación y colaboración dentro y entre los sistemas de la primera infancia para apoyar mejor a las familias y los niños que viven bajo el 200% del FPL.</p> <p><u>Fundamento:</u> La mejora de la comunicación y la colaboración dentro y entre los sistemas de la primera infancia tiene el potencial de aumentar las referencias de familias a programas apropiados para que participen en ellos, y de promover servicios integrales de alta calidad.</p>		
<p>Objetivo</p>	<p>Impacto previsto</p>	<p>Tácticas</p>

APÉNDICE

<p>3.1 Para promover una mejor comunicación y colaboración entre los sistemas de la primera infancia, compensar a los profesionales de EI por el tiempo que colaboran con profesionales fuera de EI (dentro de la primera infancia) para el año 1 (2021).</p>	<p>3.1 Se prevé que al compensar a los profesionales de EI por dedicar tiempo a colaborar y comunicarse con los profesionales en programas asociados, algunos profesionales se sentirán motivados a participar en esta actividad/práctica recomendada. Como resultado de esta unión de esfuerzos, las familias y los niños deberían recibir servicios más completos y de alta calidad.</p>	<p>3.1 Abogar por una mayor financiación para el programa de EI y por cambios de procedimiento para permitir que los profesionales de EI puedan facturar por el tiempo que dediquen a comunicarse y colaborar con profesionales fuera de EI que también estén apoyando a la familia/niño, particularmente en relación con familias que participan en el sistema de bienestar infantil y/o familias sin hogar.</p>
<p>3.2 Desarrollar un sistema de gestión de datos en línea (para la recopilación, difusión, intercambio y seguimiento de la información) que pueda ser</p>	<p>3.2 Un sistema de gestión de datos en línea compartido que pueden compartir tanto los profesionales como los padres</p>	<p>3.2 Abogar por fondos adicionales, involucrar a partes interesadas y completar el proceso de solicitud de propuesta (RFP) para apoyar el desarrollo del sistema de gestión de datos en línea.</p>
<p>accedido por las familias y los profesionales de EI para el año 1 (2021) con el fin de favorecer una mejor comunicación y colaboración dentro del sistema de EI.</p>	<p>tiene el potencial de crear oportunidades para mejorar la colaboración y la comunicación entre los miembros del equipo.</p>	

APÉNDICE

<p>3.3 Desarrollar y facilitar actividades y oportunidades de desarrollo profesional entre sistemas que promuevan la comunicación y la colaboración entre sistemas asociados cada año (2021, 2022, 2023, 2024 y 2025).</p>	<p>3.3 Se prevé que los continuos esfuerzos de desarrollo profesional entre sistemas crearán oportunidades para que los profesionales aprendan más acerca de los programas de la primera infancia y promuevan la colaboración continua entre todos los programas para brindar un mejor servicio a las familias y los niños.</p>	<p>3.4 Colaborar con EITP para desarrollar y facilitar oportunidades de aprendizaje con el fin de promover la colaboración entre los sistemas (consulte el informe de recomendaciones de políticas de EI y visitas domiciliarias).</p> <p>3.4 Con el Subcomité de Inclusión, revisar y ampliar la capacitación de <i>Natural Partners</i> y la capacitación y los continuos apoyos de <i>Welcoming Each and Every Child</i>, tanto para los proveedores de EI como para los proveedores de cuidado infantil que apoyan a los bebés y niños pequeños en el programa de EI.</p> <p>3.4 Implementar las recomendaciones del Subcomité de Inclusión al Departamento de Servicios Humanos (DHS) sobre la inclusión en el cuidado infantil.</p>
<p>4. Revisar y ampliar los criterios de elegibilidad de EI para incluir a más niños y familias que sean elegibles para recibir los servicios.</p> <p><u>Fundamento:</u> Ampliar los criterios de elegibilidad para incluir específicamente a más niños y familias que hayan experimentado factores de riesgo significativos tiene el potencial de fortalecer los factores protectores de las familias.</p>		
<p>Objetivo</p>	<p>Impacto previsto</p>	<p>Tácticas</p>
<p>4.1 Modificar la elegibilidad para el diagnóstico de bajo peso al nacer de 1,000 a 1,200 gramos para el año 5 (2025).</p>	<p>4.1, 4.2, 4.3 y 4.4 Al revisar los criterios de elegibilidad, se espera que más niños y familias sean elegibles para los servicios de EI.</p>	<p>4.1 Explorar otros criterios estatales para la elegibilidad de partos prematuros y bajo peso al nacer con el fin de ampliar el acceso a los servicios de EI a bebés prematuros y de bajo peso al nacer.</p> <p>4.1 Abogar por cualquier cambio legislativo o de procedimiento necesario para alcanzar el objetivo.</p>
<p>4.2 Realizar los siguientes cambios en la categoría de elegibilidad en riesgo para el año 5 (2025):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alinear los criterios actuales de elegibilidad en riesgo con la recomendación del Grupo de Trabajo de Provisión de Servicios 		<p>4.2 Implementar las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Provisión de Servicios relacionadas con los criterios de riesgo (ver informe para más detalles).</p> <p>4.2 Explorar el impacto de agregar la exposición al virus del Zika y hospitalización extendida a los criterios de elegibilidad.</p>

APÉNDICE

<ul style="list-style-type: none"> • Incluir a los bebés que hayan estado expuestos al virus del Zika • Incluir a los bebés que hayan experimentado prolongadas hospitalizaciones al nacer (45 días o más) 		<p>4.2 Abogar por cualquier cambio legislativo o de procedimiento necesario para alcanzar el objetivo.</p>
<p>4.3 Agregar “síndrome de abstinencia neonatal” a la categoría de condiciones médicas que pueden dar lugar a un retraso en el desarrollo (automáticamente elegible) para los bebés que hayan estado expuestos a opioides para el año 5 (2025).</p>		<p>4.3 Explorar el impacto de agregar la exposición a opioides a los criterios de elegibilidad.</p> <p>4.3 Abogar por cualquier cambio legislativo o de procedimiento necesario para alcanzar el objetivo.</p>
<p>4.4 Cambiar el porcentaje de retraso en los criterios de elegibilidad para alcanzar a los niños que tengan un retraso del 20% en cualquier área de desarrollo y sus familias para el año 5 (2025).</p> <p>O</p> <p>4.5 Determinar la viabilidad de reducir el porcentaje de retraso a 20% (de 30%) en cualquier área de desarrollo para el año 5 (2025).</p>		<p>4.4 o 4.5. Comenzar a documentar el porcentaje de retraso de los niños que no sean elegibles para la intervención temprana con el fin de recopilar información sobre cuántos niños y familias más podrían ser elegibles de acuerdo con esta categoría para apoyar cambios en el sistema.</p>

APÉNDICE

<p>4.6 Apoyar el entendimiento por parte de los profesionales de EI (nuevos y actuales) de los criterios de elegibilidad (ver 4.1., 4.2., 4.3 y 4.5 más arriba), ofreciendo un desarrollo profesional en línea y cara a cara de alta calidad que incluya la oportunidad de aprendizaje sobre la “actualización de la elegibilidad” para el año 5 (2025; dependiendo de cuándo cambie la elegibilidad).</p>	<p>4.6. A medida que EITP actualice sus oportunidades de aprendizaje para incluir los criterios de elegibilidad más recientes, se estima que los nuevos profesionales que vayan ingresando el sistema tendrán acceso a oportunidades de aprendizaje que reflejen estos cambios. Además, con el desarrollo de una oportunidad de aprendizaje en línea sobre la “actualización de la elegibilidad”, se estima que los profesionales (que hayan estado en el sistema), tendrán la oportunidad de repasar los criterios de elegibilidad de EI.</p>	<p>4.6 Colaborar con EITP para desarrollar una orientación práctica y continuar utilizando materiales y capacitaciones existentes para favorecer la comprensión de los profesionales sobre los criterios de elegibilidad, ya que su conocimiento e interpretación de los criterios puede tener un impacto en el número de familias y niños considerados elegibles para los servicios.</p>
--	--	---

APÉNDICE

<p>4.7 Ampliar la infraestructura de EI, incluyendo la Oficina de EI y los socios administrativos, para apoyar el aumento del número de niños y familias elegibles y que participen en los servicios de la EI para el año 5 (2025).</p>	<p>4.7 El crecimiento de la infraestructura permitirá brindar servicio a un mayor número de niños y familias y contar con un grupo más numeroso de proveedores.</p>	<p>4.7 Abogar por un aumento de fondos para ampliar la infraestructura e incrementar las asignaciones de personal.</p>
<p>5. Las familias y los niños que se enfrenten a la mayoría de las barreras recibirán servicios de EI sin experimentar retrasos en los servicios.</p> <p><u>Fundamento:</u> Es un hecho bien documentado que durante el nacimiento hasta los tres años, los bebés y los niños pequeños pueden experimentar un rápido período de desarrollo y crecimiento cerebral. Las demoras prolongadas en el servicio, especialmente en el caso de los niños con retrasos y/o discapacidades que viven en la pobreza, pueden tener efectos negativos en los niños y las familias. Reducir los tiempos de retraso en el servicio crea experiencias equitativas para todas las familias/niños de Illinois durante este período crítico en su desarrollo.</p>		
Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
<p>5.1 Reducir los tiempos de retraso en el servicio para familias y niños elegibles para EI para el año 5 (2025).</p>	<p>5.1 El 31 de agosto de 2019, 1,159 niños y familias estaban experimentando retrasos no resueltos en la provisión del servicio.</p> <p>Entre estas familias y niños, el retraso promedio fue de 130 días, con un retraso medio de 100 días. Con esfuerzos enfocados para reducir el tiempo que las familias y los niños esperan por los servicios (como resultado de las barreras sistémicas), se estima que las familias no esperarán más de 30 días para recibir los servicios recomendados de IFSP.</p>	<p>5.1 Servicios piloto de telesalud facturables del programa de EI, especialmente para aquellas familias que experimentan retrasos en recibir cualquiera de los servicios recomendados de IFSP.</p> <p>5.1 Explorar un sistema de “tasas por niveles” que proporcione una tasa de reembolso más alta a los profesionales que brinden servicios a familias y niños en comunidades marginadas/áreas de difícil acceso/con alta concentración de retrasos en el servicio.</p> <p>5.1 Explorar y resolver las barreras para brindar servicios exitosamente en los entornos naturales de las familias, particularmente en las áreas que experimentan retrasos en el servicio.</p> <p>5.1 Explorar y resolver las barreras relacionadas con el transporte para que las familias tengan el potencial de acceder a los servicios de EI (con mejores opciones de transporte) en sus entornos naturales.</p>

APÉNDICE

<p>5.2 Establecer equipos especializados que estén equipados de manera única para brindar servicios a familias y niños sin hogar, que vivan en áreas rurales y que estén en el sistema de bienestar infantil, concentrando esfuerzos y apoyos en los CFC (a determinar) para el año 5 (2025).</p>	<p>5.2 Aumentar el número de niños y familias que reciben servicios de EI que estén sin hogar, viviendo en comunidades rurales y niños en el sistema de bienestar infantil.</p>	<p>5.2 Colaborar con agencias locales, CFC y proveedores independientes para identificar y desarrollar equipos especializados de IFSP que tengan habilidades específicas para colaborar con familias y niños que viven en la pobreza y que tengan la capacidad de brindar servicios flexibles a medida que van cambiando las circunstancias de vida de las familias. Consulte las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Métodos de Provisión de Servicios y el memo de EI y personas sin hogar para obtener más información.</p>
--	---	--

Visitadores a domicilio

1. Estabilizar a la comunidad de proveedores de visitas domiciliarias, conseguir los aumentos necesarios en su compensación, y asegurar fondos suficientes para inscribir a 13,000 familias adicionales en el servicio de visitadores a domicilio para el 2025. Aumentar la financiación existente e identificar nuevos flujos de financiación para mantener los programas existentes y ampliar la disponibilidad del servicio de visitas domiciliarias de alta calidad.

Año 1: Destinar los aumentos de la financiación 2020-2021 hacia la restauración de la capacidad en los programas de visitadores a domicilio afectados por el estancamiento presupuestario. Año 2: Destinar los aumentos de la financiación a la fijación de aumentos de remuneración diseñados para incrementar el nivel de retención del personal que visita domiciliarias.

Años 3 - 5: Destinar los aumentos de la financiación hacia nuevas “capacidades”, incluyendo nuevos programas de visitadores a domicilio en comunidades con deficiencias en la capacidad de servicio, así como servicios complementarios de calidad para facilitar la consulta de IECMH, la capacitación en todos los sistemas, y la capacitación sobre equidad racial y discriminación implícita, etc.

Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
<p>1.1 Aumentar los fondos estatales y federales para apoyar los aumentos salariales en los flujos de financiación y agregar capacidad para llevar el servicio de visitas domiciliarias a 13,000 familias más.</p>	<p>1.1., 1.2 y 1.3 <i>Dependiendo de la financiación obtenida, establecer una meta de un número de nuevas familias por año para incluir en los servicios de visitadores a domicilio.</i></p> <p>1.1., 1.2 y 1.3 13,000 familias adicionales de bajos ingresos están inscritas en los servicios de visitas domiciliarias para el 2025. (1-3)</p> <p>1.1., 1.2 y 1.3 <i>Un aumento de \$150 millones para el ECBG, con la petición de que por lo menos el 25% se destine a PI (1)</i></p> <p>1.1., 1.2 y 1.3 La financiación estatal para HFI/PTS aumenta</p>	<p>1.1 Aprobar el proyecto de ley para elevar el nivel de reserva para bebés/niños pequeños a 25%-30%, y presionar ante la ISBE, la oficina del gobernador y la ILGA para asignar más fondos para adaptarse al cambio legal. Abogar por un aumento de \$150 millones al ECBG, con la petición de que por lo menos el 25% se destine al PI, como lo requiere la ley, y priorizar la mejora de los salarios</p> <p>1.1 Presionar ante el DHS, la oficina del gobernador y la ILGA para que asignen más fondos a través del proceso del presupuesto estatal. Asegurar que los programas puedan agregar fondos para componentes de calidad y otros fondos no vinculados a la inscripción. Estandarizar y aumentar el límite de los fondos que puedan gastarse en funciones administrativas.</p> <p>1.1 Completar un modelado de costos y análisis de saturación de servicios para el espectro de servicios de visitas a domicilio con el fin de ayudar a la ILGA a entender el costo total del servicio de visitas domiciliarias de alta calidad y el costo de alcanzar la saturación. Asegurar que el costo total del servicio de visitas domiciliarias sea comunicado a la Comisión de Finanzas del Gobernador.</p>

APÉNDICE

	<p>en \$15 millones para el 2023, para destinar a componentes de calidad.</p>	
	<p>\$4 millones para el año fiscal 2021 con el objetivo de aumentar los salarios de los visitadores a domicilio entre los programas financiados por el IDHS (1)</p> <p>1.1, 1.2 y 1.3 La financiación de MIECHV aumenta en aproximadamente \$8.4 millones para 2023 (1)</p>	<p>1.1 Coordinar una petición para la reautorización de MIECHV entre proveedores y el sector público-privado de visitas domiciliarias.</p> <p>1.1 Coordinar una petición para la financiación de Head Start y Early Head Start entre proveedores y el sector público-privado de visitas domiciliarias.</p>

APÉNDICE

<p>1.2. Desarrollar la capacidad local de proveedores de visitas domiciliarias para acceder a fondos adicionales con el fin de crear nuevos servicios de visitas domiciliarias o ampliar los ya existentes.</p>		<p>1.2 Utilizando fondos de PDG B-5, identificar comunidades con poca o ninguna capacidad de visitas domiciliarias y la necesidad de recibir dichos servicios, y otorgar subsidios menores para que las comunidades puedan elaborar estrategias y planificar para aumentar la capacidad de los programas de visitas domiciliarias.</p> <p>1.2 Localizar las fuentes y cantidades existentes de fondos privados para el servicio de visitas domiciliarias en todo el estado. Basándose en ese estudio, hacer una proyección para aumentos factibles a nivel estatal en fondos privados para el sistema de visitas domiciliarias.</p> <p>1.2 Crear y difundir un conjunto de herramientas, capacitaciones y asistencia técnica coordinada en comunidades que busquen apoyo para saber cómo aprovechar la financiación privada para sus programas de visitas domiciliarias [podría estar en una sección de estructura de sistemas como actividad para los grupos de colaboración locales/creación de capacidad]</p>
<p>1.3. Buscar nuevos fondos a través del reembolso de Medicaid de los servicios de visitas a domicilio y/o los fondos administrativos de las organizaciones de atención administrada (MCO)</p>		<p>1.3 Basándose en las credenciales existentes relacionadas, desarrollar y crear apoyo para credenciales válidas para distintos modelos y múltiples financiadores que permitirían que los visitadores a domicilio sean reembolsados por Medicaid.</p>

APÉNDICE

		<p>1.3 Establecer una comunicación con el HFS para tratar el potencial de agregar servicios de doula y de visitas a domicilio a los códigos de facturación de Medicaid</p> <p>1.3 Elaborar y adoptar una legislación destinada a exigir la cobertura de los servicios de doula y visitas domiciliarias por parte de Medicaid; convocar a un organismo (como el Grupo de Trabajo de Visitas Domiciliarias) para planificar la implementación del reembolso de los servicios de doula y visitas domiciliarias, incluyendo la planificación de credenciales de proveedores y posible registro.</p> <p>1.3 Establecer comunicación y afianzar relaciones con las MCO en torno a formas de aprovechar los fondos de Medicaid o los fondos administrativos de las MCO para apoyar las visitas a domicilio.</p> <p>1.3 Colaborar con las oficinas nacionales de NFP, PAT, HFA, para recopilar lecciones aprendidas y estrategias de otros estados que utilizan los fondos de Medicaid para apoyar el servicio de visitas domiciliarias.</p> <p>1.3 Documentar las lecciones aprendidas y los resultados de las colaboraciones de visitas domiciliarias de las MCO dirigidas por GOECD; realizar presentaciones sobre los méritos y la mecánica del servicio de visitas domiciliarias de las MCO en la conferencia de IAMHP, MCO individuales.</p>
<p>2. Avanzar en una estrategia integral en torno a la fuerza laboral, que incluya compensación, especializaciones profesionales y contratación de una fuerza laboral diversa racial y lingüísticamente, desarrollo profesional, capacitación sobre equidad racial, consulta de IECMH, apoyos en el servicio, y capacitación para mejorar la retención del personal de visitas domiciliarias y mejorar la calidad del programa.</p>		
<p>Objetivo</p>	<p>Impacto previsto</p>	<p>Tácticas</p>

APÉNDICE

<p>2.1 Aumentar la compensación del personal de visitas domiciliarias y doulas para mejorar la retención y equidad</p> <p>2.2 Apoyar el reclutamiento y la retención de una fuerza laboral diversa que coincida con el perfil demográfico de las familias en la comunidad</p>	<p>2.1, 2.2 y 2.3 Para el año 2025, el 70% de la fuerza laboral de visitas domiciliarias recibe una compensación en los niveles especificados en las pautas de HVTF/Compensación del Comité de Calidad del ELC. (1-2)</p> <p>2.1, 2.2 y 2.3 La rotación promedio del personal de visitas domiciliarias/doula/servicio directo se reduce en un 10% para 2025. (La rotación de referencia es del 30% según las estimaciones actuales) (1-2)</p> <p>2.1, 2.2 y 2.3 Para 2025, el 65% de los programas de visitas domiciliarias reciben por lo menos 10 a 12 horas de consulta de salud mental para bebés y niños pequeños por mes. (3)</p>	<p>2,1. Basándose en el trabajo realizado para el PDG B-5, desarrollar un conjunto de pautas de compensación para los profesionales del servicio de visitas domiciliarias; examinar estas recomendaciones con la fuerza laboral de visitas domiciliarias, el Equipo de Trabajo de Visitas Domiciliarias y el Comité de Calidad del ELC.</p> <p>2.1 Crear un acuerdo entre los distintos financiadores sobre el nivel base de compensación para la fuerza laboral de visitas domiciliarias con ajuste por costo de vida en forma periódica.</p> <p>2.1 Alinear las peticiones de aumentos de fondos en los flujos de financiación de ISBE PI y del programa HFI/PTS de IDHS para crear una petición de apoyo en torno a los aumentos de salarios, y una mayor paridad salarial en los distintos flujos de financiación. Asignar los aumentos de la financiación a los aumentos de remuneración para los visitantes a domicilio y las doulas.</p> <p>2.1 Explorar mecanismos para vincular los aumentos en la financiación estatal de ISBE y del IDHS a los aumentos de salario para el personal del servicio directo de visitas a domicilio. Tomar como modelo la paridad de compensación en PFA/PFAE para otros programas de visitas a domicilio.</p>
---	---	---

APÉNDICE

	<p>2.1, 2.2 y 2.3 355 programas x un promedio de 5 visitas domiciliarias (HV) por programa x 65% = 975 visitadores a domicilio. 975 HV x volumen de casos promedio de 18 familias por año = 20,768 niños pequeños/familias que reciben servicios HV de mayor calidad debido al mayor acceso a la consulta de IECMH.</p> <p>2.1, 2.2 y 2.3 Para 2025, el 65% de los programas brindan y/o conectan a sus visitadores a domicilio con capacitación sobre sensibilidad cultural/discriminación implícita. (3)</p> <p>2.1, 2.2 y 2.3 355 programas x un promedio de 5 visitas domiciliarias (HV) por programa x 65% = 975 visitadores a domicilio. 975 HV x volumen de casos promedio de 18 familias por año = 20,768 niños pequeños/familias que reciben servicios HV de mayor calidad debido a la capacitación sobre sensibilidad cultural/discriminación implícita.</p>	
		<p>2.2 Explorar especializaciones para los padres participantes para seguir carreras profesionales en torno a las visitas domiciliarias, incluyendo la recopilación de información de los modelos nacionales HIPPI y ParentChid+, con el fin de crear una estrategia destinada a apoyar a las familias con niños que aprenden dos idiomas y que reciben visitas domiciliarias para convertirse en visitadores a domicilio lingüísticamente diversos.</p>

APÉNDICE

		<p>Poner a prueba un programa de especialización, apuntando al reclutamiento para familias con niños que aprenden inglés</p> <p>2.2 Crear una guía entre los distintos financiadores para fortalecer el reclutamiento y contratación de personal diverso, representativos de las comunidades que reciben el servicio de visitas domiciliarias.</p> <p>2.2. Basándose en la encuesta de Mejora Continua de la Calidad de CPRD 2019 realizada a la fuerza laboral del programa MIECHV, elaborar un conjunto de recomendaciones para los principales financiadores del servicio de visitas domiciliarias sobre cómo reducir la rotación del personal y fomentar a su vez la calidad del programa. Apoyar a los financiadores principales en la creación de un plan de estratégico con plazos para la implementación de las recomendaciones de la fuerza laboral.</p> <p>2.2 Involucrar al grupo de trabajo Advance IL Educator Workforce Pipeline para diseñar estrategias y asegurar la cohesión con dichas estrategias para apoyar a la fuerza laboral educadora del kinder al grado 12</p> <p>2.2 Asegurar que todos los visitadores a domicilio en programas financiados por el estado o el gobierno federal puedan recibir la Beca Gateways.</p> <p>2.2 Asegurar que todos los visitadores a domicilio, de los distintos flujos de financiación estén registrados en Gateways; construir parámetros/pautas para aclarar quién es parte de la fuerza laboral de visitas domiciliarias.</p> <p>2.2 Colaborar con la Iniciativa de los Principios (Tenets Initiative) para explorar vías para hacer que los <i>Diversity-Informed Tenets for Work with Infants, Children, and Families</i> estén disponibles como capacitación para programas de visitas a domicilio en los distintos flujos de financiación.</p> <p>2.2 Convocar una reunión con los líderes del servicio de visitas domiciliarias y la Illinois Children’s Mental Health Partnership para establecer estrategias en torno a las maneras de ampliar el acceso a la consulta de salud mental para bebés y niños pequeños.</p>
--	--	--

APÉNDICE

2.3 Eliminar las barreras para acceder a la educación preparatoria, el desarrollo profesional, la capacitación continua y los apoyos laborales integrados para mejorar la calidad de los servicios de doula y visitas domiciliarias así como la retención del personal.		
3. Aumentar la alineación de todos los programas y sistemas de visita domiciliaria, incluyendo la recopilación de datos entre sistemas, las métricas de resultados compartidas, los estándares de calidad, la supervisión y el desarrollo profesional, para mejorar la asignación equitativa de los recursos para alinearse con las necesidades de la comunidad, aumentar las oportunidades de desarrollo profesional compartido y establecer puntos de referencia para medir el progreso.		
Objetivo	Impacto previsto	Tácticas

APÉNDICE

<p>3.1 Alinear y aumentar la recopilación y el reporte cohesivo de datos sobre inscripción de los principales financiadores del servicio de visitas domiciliarias con el fin de estar mejor informados para la asignación de recursos</p>	<p>¿Cómo son los impactos significativos en los sistemas?</p>	<p>3.1 Convocar una reunión con el Subcomité de Datos, Investigación y Evaluación del Comité de Integración y Alineación (del ELC) y el IECAM para fomentar una conversación con los principales financiadores sobre las medidas prioritarias de datos a estandarizar y la cadencia del reporte; elevar el nivel de detalle incluido en la Evaluación de Necesidades del MIECHV como objetivo para el reporte periódico principal sobre el sistema estatal de visitas domiciliarias, e identificar más objetivos a corto plazo para el reporte de datos (inscripción, retención de participantes, rotación del personal y calificaciones).</p> <p>3.1 Realizar un análisis de la capacidad (cupos disponibles), la elegibilidad para visitas domiciliarias y la inscripción real para determinar las áreas de sobresaturación o subalcance; asegurar que la información sea compartida entre los financiadores antes de que se publiquen los NOFO (avisos de oportunidad de financiación). Fomentar la coordinación de todos los flujos de financiación de los NOFO publicados.</p> <p>3.1 Reunir a los financiadores de las visitas domiciliarias con IAC/DRE para evaluar las áreas a mejorar en cuanto a recopilación de datos sobre capacidad/inscripción; crear recomendaciones y llevar a cabo un análisis estándar de la capacidad/inscripción entre todos los financiadores una vez por año.</p> <p>3.1 Utilizando datos de financiadores sobre la inscripción versus capacidad financiada, en el punto de mitad de año entre las NOFO, identificar áreas con exceso de capacidad y crear una estrategia para la redistribución de fondos a áreas con listas de espera para la inscripción.</p> <p>3.1 Actualizar la alineación de datos iniciales de GOECD/Ounce.</p>
---	---	--

APÉNDICE

<p>3.1 Alinear y aumentar la recopilación y el reporte de datos desglosados sobre la demografía de los participantes y la composición de la fuerza laboral en los principales financiadores de visitas domiciliarias para mejorar la equidad en la provisión del servicio, así como el reclutamiento y la retención de la fuerza laboral</p>		<p>3.2 Asegurar la inclusión de datos desglosados en la Evaluación de Necesidades del MIECHV 2020; Crear una estrategia para priorizar los datos desglosados a utilizar cuando se vuelva a convocar para competir por el contrato de datos del MIECHV.</p> <p>3.2 Convocar una reunión con el Subcomité de Datos, Investigación y Evaluación del Comité de Integración y Alineación (del ELC) y el IECAM para fomentar una conversación con los principales financiadores sobre la capacidad de recopilar datos desglosados por raza sobre los participantes y la fuerza laboral; elevar el nivel de detalle incluido en la Evaluación de Necesidades del MIECHV como objetivo para el reporte periódico principal sobre el sistema estatal de visitas domiciliarias.</p> <p>3.2 Crear y difundir a los principales financiadores un mapa de los cinco idiomas principales hablados por el condado/comunidad, y datos adicionales sobre cada población prioritaria por condado, localizando los programas de visitas domiciliarias en el área. Asignar a cada uno de los principales financiadores de visitas domiciliarias la tarea de reportar números de poblaciones prioritarias que reciben los servicios.</p>
--	--	---

APÉNDICE

<p>3.2 Optimizar los procesos de financiación y supervisión para mejorar la capacidad de los programas comunitarios con el fin de acceder a la financiación y crear una mayor coherencia en la calidad de los programas</p>		<p>3.3 Con los financiadores de HV, HVTF, GOECD Inter Agency Team y la ILGA, explorar opciones para una mayor alineación, incluyendo lenguaje de contratación compartido, legislación sobre responsabilidad, acuerdos de sistemas/intercambio de datos, coordinación de NOFO, con todos los financiadores de HV; alinear los requisitos de recopilación de datos entre los flujos de financiación y el tipo de modelo; examinar HIPPA y otras restricciones para compartir datos</p> <p>3.3 Actualizar la alineación de datos iniciales de GOECD/Ounce.</p> <p>3.3 Desarrollar recomendaciones para medidas de resultados compartidas y recopilar comentarios de las partes interesadas en los flujos de financiación.</p> <p>3.3 Crear y difundir (en las NOFO, a los programas financiados) orientación de todos los financiadores principales de visitas domiciliarias sobre lo que es y lo que no es la duplicación de servicios en toda la gama de modelos existentes de visitas domiciliarias y programas para la primera infancia.</p> <p>3.3 Recopilar y sintetizar los puntos débiles de los proveedores en los procesos de NOFO de los financiadores y trabajar para implementar recomendaciones sobre cómo apoyar mejor a los solicitantes y optimizar la comunicación en todos los flujos de financiación.</p>
<p>4. Eliminar las barreras a la inscripción y participación que enfrentan las familias elegibles en los servicios de visitas domiciliarias, incluyendo la concientización sobre el apoyo que brinda la visita domiciliaria al desarrollo saludable desde el período prenatal hasta los tres años, la expansión de la gama de servicios disponibles que responden a las necesidades y el alcance a las familias de poblaciones prioritarias.</p>		
<p>Objetivo</p>	<p>Impacto previsto</p>	<p>Tácticas</p>

APÉNDICE

<p>4.1 Concientizar sobre los beneficios y la disponibilidad de los servicios intensivos de visitas domiciliarias para aumentar la adopción de los servicios de visitas domiciliarias por parte de familias elegibles.</p>	<p>4.1, 4.2 y 4.3 La proporción de familias elegibles para HV que eligieron participar en todo el estado es del 40% para el 2025. (1)</p> <p>4.1, 4.2 y 4.3 A nivel estatal, los programas de visitas domiciliarias tienen un nivel de inscripción del 85% de su capacidad, en promedio, para el 2025. (1)</p> <p>4.1, 4.2 y 4.3 Se identifica a 3 o 4 defensores del servicio de visitas domiciliarias a nivel estatal o local; los defensores participan en por lo menos 1 acción pública de visita domiciliaria, incluyendo escribir artículos de opinión, hablar en conferencias y audiencias, escribir testimonios, y visitar junto a los legisladores los programas de visitas domiciliarias. (1)</p> <p>4.1, 4.2 y 4.3 Publicar en los medios al menos 3 historias por año sobre HV/doula. (1)</p> <p>4.1, 4.2 y 4.3 Establecer 4 a 6 consejos regionales de padres de visitas domiciliarias para 2025, reuniéndose al menos dos veces al año (1-2)</p>	<p>4.1 Planificar y lanzar una campaña de concientización pública sobre los diversos criterios de elegibilidad de los programas de visitas domiciliarias (EHS, PI, PTS, HF, etc.), poblaciones prioritarias, acceso y disponibilidad y resultados de visitas domiciliarias basadas en evidencias para aumentar las referencias y la inscripción.</p> <p>4.1 Desarrollar un documento de mensajes sobre la visita domiciliaria para su ratificación por parte de los principales financiadores para unificar la comunicación sobre los beneficios y la variedad de servicios de visita domiciliaria</p> <p>4.1 Identificar a los defensores estatales interesados en la primera infancia, la salud infantil y materna, y el bienestar familiar para servir de portavoces del servicio de visitas domiciliarias. Premiar a los defensores del servicio de visitas domiciliarias en un evento público para obtener cobertura en los medios de comunicación sobre las actividades estatales relacionadas con el servicio de HV PN3.</p> <p>4.1 Establecer consejos de administración de padres/órganos asesores de padres de distintos modelos para elevar la voz de los participantes, ofrecer recomendaciones a los modelos nacionales y a los principales financiadores estatales de visitas domiciliarias, y brindar información para las estrategias de la fuerza laboral. Buscar orientación del Consejo Asesor de Familias de ELC sobre la formación y creación de capacidad de los órganos asesores de padres; asegurar la representación de los consejos regionales de padres en el Consejo Asesor de Familias.</p> <p>4.1 Crear y difundir a los principales financiadores un mapa de los cinco idiomas principales hablados por el condado/comunidad, localizando la capacidad lingüística de los programas de visitas domiciliarias en el área.</p> <p>4.1 Recopilar y analizar datos sobre la proporción de la fuerza laboral de visitas domiciliarias por capacidad lingüística, establecer metas para el crecimiento de la fuerza laboral de</p>
--	--	---

APÉNDICE

		<p>visitas domiciliarias para atender necesidades lingüísticas específicas según las estimaciones del futuro crecimiento de la población.</p>
--	--	---

APÉNDICE

	<p>4.1, 4.2 y 4.3 Anualmente, para 2023, 400 familias de bebés y niños pequeños con casos familiares intactos del DCFS son contactadas por un especialista en visitas domiciliarias del DCFS. (2) 80 se inscriben en los servicios de visita domiciliaria basados en la evidencia (reembolsable a través de FFPSA) anualmente para el 2023.</p> <p>4.1, 4.2 y 4.3 Anualmente, 100 familias sin hogar recibirán los servicios a través del Home Visiting Homeless Families Demonstration Project.</p> <p>4.1, 4.2 y 4.3 Mayor disponibilidad de modelos de visita domiciliaria basados en evidencias que están diseñados para brindar apoyo continuo a familias de poblaciones prioritarias. (2)</p> <p>4.1, 4.2 y 4.3 15% de aumento en referencias al servicio de visitas a domicilio según los datos de Child Find, para 2023. (3)</p>	<p>4.1 Establecer comunicación y colaborar con los principales modelos de visitas domiciliarias con el fin de identificar las adaptaciones existentes para apoyar a las familias que no pueden acceder a los recursos necesarios debido a su limitado dominio del inglés, aislamiento lingüístico y/o creencias, prácticas o normas religiosas o culturales que difieren de las de los proveedores de servicios.</p> <p>4.1 Educar a los programas sobre las adaptaciones disponibles de modelos; crear/obtener claridad de los financiadores sobre la capacidad de los programas para implementar servicios de visita domiciliaria flexibles.</p> <p>4.1 Crear una guía para aclarar que quienes aprenden en dos idiomas, aun cuando no experimenten un dominio limitado del inglés, están incluidos en las recomendaciones de poblaciones prioritarias de 2019.</p>
--	--	---

APÉNDICE

<p>4.2 Institucionalizar las innovaciones exitosas de visitas domiciliarias para aumentar el acceso a servicios específicos entre las familias de poblaciones prioritarias</p>		<p>4.2 Aumentar el conocimiento de las MCO y de IAMHP sobre el valor de las visitas domiciliarias de alta calidad para cumplir con las métricas de rendimiento y medidas de HEDIS. Trabajar con el Subcomité de Salud de IAC, GOECD, con el fin de desarrollar recursos para los Coordinadores de Cuidado de las MCO que facilitarán el proceso de referencia a visitas domiciliarias para las familias. Colaborar con el programa piloto de Meridian en East St. Louis y DeKalb; apoyar a los líderes del proyecto para compartir lecciones aprendidas y actualizaciones con otras MCO.</p> <p>4.2 Recopilar datos cualitativos y cuantitativos sobre las familias que actualmente acceden a servicios de visita domiciliaria en dos idiomas.</p> <p>4.2 Desarrollar un MOU estándar entre DCFS/Agencias de Compra de Servicios y programas de visitas a domicilio para establecer procesos de referencia, roles y responsabilidades, acuerdos de intercambio de información, obligaciones de reunión compartidas y metas/oportunidades de capacitación compartidas. Basar las recomendaciones en las lecciones aprendidas en el Libro Blanco de I-PPYC en los MOU.</p> <p>4.2 Organizar capacitaciones sobre distintas funciones dentro del servicio de visitas domiciliaria del DCFS para crear mayor conciencia sobre cómo los visitantes a domicilio pueden asistir a las familias sustitutas con niños pequeños.</p> <p>4.2 Difundir información a los programas y a los principales financiadores de visitas domiciliarias sobre los modelos que pueden calificar para reembolso bajo FFPSA.</p> <p>4.2 Implementar los cambios de procedimiento recomendados por el grupo de trabajo HV-EI del Equipo de Trabajo de Visitas Domiciliarias.</p> <p>4.2 Organizar capacitaciones sobre distintas funciones de HV-EI para proveedores en todo el estado.</p> <p>4.2 Encuestar a las familias del servicio de visitantes a domicilio</p>
--	--	--

APÉNDICE

		<p>sobre cómo recibieron sus referencias y localizar las fuentes de la visita domiciliaria</p> <p>4.2 Alinear y cruzar los requisitos de recopilación de datos de los programas CI para HV, HV, FC IL, bienestar infantil, EI, Medicaid y del IDPH para identificar posibles sistemas de datos o requisitos compartidos para la comunicación en los sistemas de datos.</p>
--	--	--

APÉNDICE

		<p>4.2 Distribuir referencias de la oficina de la primera infancia (para los Coordinadores de Cuidado de las MCO) del Grupo de Trabajo Ad Hoc de MCO del Subcomité de Integración y Alineación de ELC.</p> <p>4.2 Desarrollar una guía clara sobre la inscripción en visitas domiciliarias y administración de casos de Family Case Management, WIC y BBO; distribuir a proveedores y financiadores con preguntas frecuentes para proveedores.</p> <p>4.2 Realizar un análisis de los servicios de salud mental/salud del comportamiento a nivel local para identificar las brechas en las referencias disponibles de los visitadores a domicilio.</p> <p>4.2 Realizar un análisis del tratamiento/recursos para el trastorno por uso de sustancias. Difundir información sobre los servicios disponibles de doula y de visitadores a domicilio de Catholic Charities para padres que se recuperan del trastorno por uso de sustancias.</p> <p>4.2 Analizar los datos de Child Find por fuente de evaluación y tipo de referencia; llevar a cabo actividades de extensión focalizada basándose en dichos hallazgos para aumentar la disponibilidad de datos sobre evaluaciones del desarrollo y referencias y para fortalecer las vías de referencia desde las entidades de evaluación hasta los programas de visitadores a domicilio.</p>
<p>4.3 Aumentar la colaboración con otros sistemas de la primera infancia y orientados a las familias para mejorar la vía de referencia al servicio de los visitadores a domicilio (DCFS, EI, cuidado infantil, sistemas de salud y salud mental, MCO, etc.)</p>		

APÉNDICE

- 5. Ampliar los apoyos universales para recién nacidos (que pueden incluir Family Connects o encuentros con bebés recién nacidos BabyTALK) para conectar a cada familia con un nuevo nacimiento con una evaluación integral de la salud y la visita a domicilio de una enfermera, y referencias a servicios de salud y recursos comunitarios locales, incluyendo visitas domiciliarias, basadas en las necesidades individuales y los deseos de la familia.**

Fundamento: Los servicios de apoyos universales para recién nacidos (UNSS) pueden reducir el estigma en torno a las visitas domiciliarias tradicionales dirigidas a familias en riesgo, y concientizar a las familias elegibles acerca de los beneficios y la disponibilidad de los programas de visitadores a domicilio basados en evidencias. La expansión de UNSS es un método para aumentar la inscripción y participación, en línea con nuestro objetivo a largo plazo de alcanzar una tasa de saturación más alta de los servicios de visitas a domicilio entre la población elegible. Del mismo modo, la admisión coordinada (Coordinated Intake) para el servicio de visitadores a domicilio es una herramienta para agilizar la inscripción y mejorar el uso y acceso del sistema de visitas domiciliarias por parte de las familias.

Dada la complejidad de los diferentes modelos de programa, requisitos de elegibilidad y áreas de captación de servicios, existe una necesidad apremiante de puntos regionales de entrada al sistema de visitadores a domicilio dada la complejidad de los diferentes modelos de programa, requisitos de elegibilidad, y áreas de captación de servicios.

Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
----------	------------------	----------

APÉNDICE

<p>5.1 Identificar comunidades listas para la siguiente fase de la expansión estatal de los apoyos universales para recién nacidos</p>	<p>5.1, 5.2 y 5.3 Se ofrece a 20,000 familias de recién nacidos una evaluación y una visita a domicilio por parte de una enfermera especializada dentro de las 4 semanas del parto para 2025 fuera de Chicago. (1-2) 4 comunidades grandes 6 comunidades pequeñas</p> <p>5.1, 5.2 y 5.3 Anualmente, se ofrece a 35,000 familias de recién nacidos una evaluación y una visita a domicilio por parte de una enfermera especializada dentro de las 4 semanas del parto para 2025 en Chicago. (1-2) La aceptación promedio de una visita a domicilio por parte de una enfermera será del 85% para 2023.</p> <p>5.1, 5.2 y 5.3 30 comunidades completan la Evaluación de Preparación de la Comunidad para 2023, a nivel estatal. (1)</p>	<p>5.1 Trabajando en asociación con la Illinois Perinatal Quality Collaborative (ILPQC), establecer comunicación con los hospitales que ofrecen servicio de maternidad en todo Illinois para explicar el modelo del programa, explorar estrategias para conectar las metas de salud comunitaria de los hospitales y proveedores médicos con las metas de apoyo universal para recién nacidos, y para obtener sus propias perspectivas sobre estrategias eficaces para iniciar y participar en colaboraciones de trabajo con sistemas hospitalarios.</p> <p>5.1 Establecer comunicación con proveedores de servicios prenatales y sociales de la comunidad sobre los servicios de apoyos universales para recién nacidos antes de su implementación para asegurar un firme acuerdo por parte de las familias con recién nacidos para participar en el programa después del parto.</p>
<p>5.2 Identificar una fuente de financiación sostenible para la expansión estatal de los apoyos universales para recién nacidos (no para suplantar la financiación de EBHV existente).</p>		<p>5.2 Realizar visitas de FC IL o BabyTALK con líderes de la agencia estatal, miembros de ILGA para obtener apoyo de los legisladores con el fin de lograr una financiación sostenible para los apoyos universales para recién nacidos. Asegurar que la estrategia enfatice que los apoyos universales para recién nacidos no son visitas domiciliarias, y no duplica ni reemplaza los servicios intensivos esenciales de visitadores a domicilio basados en evidencias.</p>

APÉNDICE

<p>5.3 Planear para la alineación y coordinación de CI para HV y apoyos universales para recién nacidos a fin de fortalecer los procesos de referencia al servicio de visitas domiciliarias, y asegurar el alcance y la asistencia a las familias durante la etapa prenatal antes de los apoyos universales para recién nacidos a través de CI para HV.</p>		<p>5.3 Llevar a cabo reuniones sobre planificación y visión comunitaria en comunidades donde se situarán programas de apoyos universales para recién nacidos y CI para HV, para abordar los temas de la alineación de los procesos de referencia, roles y responsabilidades, acuerdos de intercambio de información, obligaciones de reunión compartidas y metas/oportunidades de capacitación compartidas.</p>
---	--	---

Cuidado infantil y desarrollo

<p>1. Mejorar la calidad de los programas basados en centros para bebés/niños pequeños para que más niños reciban un servicio de alta calidad.</p> <p><u>Fundamento:</u> Solo un pequeño porcentaje de cupos tienen la clasificación Plata u Oro en ExceleRate. La financiación del CCAP está estructurada para apoyar las tasas de mercado, no la calidad. La financiación de Prevention Initiative ha parecido inaccesible para la mayoría de los centros.</p>		
Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
<p>1.1 Establecer un modelo de fondos escalonados/QRIS escalonado para los centros de cuidado infantil con el fin de mejorar la calidad en los pasos hasta los estándares de PI y agregar fondos de PI por niveles. Determinar los niveles de financiación basándose en el modelo de costos que está siendo elaborado. Apoyo a través de la expansión de los contratos de cuidado infantil del IDHS en lugar de simples reembolsos por viáticos/diarios.</p>	<p>1.1 45 centros adicionales en el programa piloto PDG B5 logran un Círculo de Calidad de Plata u Oro para 2023 brindando servicio a 1,575 bebés/niños pequeños, y 135 centros más entre ahora y 2025 al servicio de 4,725 bebés/niños pequeños.</p> <p>1.1 [45 centros elegibles para el programa piloto en el área de costo dos x 35 bebés/niños pequeños por centro = 1,575 niños. 90 centros adicionales para 2025 = 3,150 bebés/niños pequeños]. [INCCRRA - actual: Bronce: 108 centros, límite de 2,509 bebés/niños pequeños. Plata: 260 centros, límite de 9,087 bebés/niños pequeños. Oro: 410 centros, límite de 14,502 bebés/niños pequeños. - Límite promedio de bebés/niños pequeños = 35 por centro.</p>	<p>1.1 Completar las revisiones de los estándares de ExceleRate para reflejar los costos de personal escalonados para las proporciones de maestro/niños, personal acreditado y compensación.</p> <p>1.1 Poner a prueba el nuevo sistema.</p> <p>1.1 Trabajar con la Comisión de Financiación para incorporar nuevas fórmulas</p>
<p>2. Mejorar la calidad del cuidado de bebés/niños pequeños en el hogar para que más niños reciban un servicio de alta calidad.</p> <p><u>Fundamento:</u> El mayor porcentaje de bebés y niños pequeños en cuidado infantil todavía se encuentra en el servicio en el hogar (con licencia y exentos de licencia), aunque la demanda de cuidado infantil en centros ha aumentado. Muy pocos de los cupos disponibles están en los programas con calificación Plata u Oro.</p>		
Objetivo	Impacto previsto	Tácticas

APÉNDICE

<p>2.1 Establecer un modelo de fondos escalonados/QRIS escalonado para <u>hogares familiares de cuidado infantil</u> con el fin de mejorar la calidad en los pasos hasta los niveles Plata y Oro de ExceleRate. Determinar los niveles de financiación basándose en el análisis de los costos y los componentes del programa.</p>	<p>2.1 XX hogares familiares de cuidado infantil alcanzan la categoría Plata u Oro para 2025, brindando servicio a XX niños desde el nacimiento hasta los 2 años.</p> <p>Por el momento, la planificación no es suficiente para proyectar los números.</p>	<p>2.1 Involucrar al Subcomité de ExceleRate durante 2020 en un proceso de planificación para desarrollar un modelo de fondos escalonados/QRIS escalonado paralelo al de los centros.</p> <p>Implementar un programa piloto en 2021 junto con el PDG B5 y la financiación del IDHS.</p>
<p>2.2 Rediseñar y ampliar el compromiso de financiar redes de cuidado infantil en ámbitos familiares en todos los flujos de financiación de ECE, estableciendo 16</p>	<p>2.2 400 proveedores de cuidado infantil en ámbitos familiares con licencia y exentos de licencia participan en redes/centros</p>	<p>2.2 Establecer un grupo de trabajo compuesto por operadores de red, proveedores y</p>
<p>redes/centros nuevos. Las redes se centrarán en apoyar a los hogares para lograr los Círculos de Calidad de Plata y Oro. Permitir la variabilidad en el diseño de la red para reflejar las necesidades y preferencias de la comunidad. Construir modelos que aseguren que las redes apoyan activamente la mejora continua de la calidad en los hogares.</p>	<p>(25/red), aumentando la calidad para 2,000 niños desde el nacimiento hasta los tres años (5 por proveedor).</p> <p>[IDHS - actualmente financia 4 redes fuera de Chicago con 94 proveedores y una capacidad total de 729 niños, todas las edades.]</p>	<p>colaboraciones locales y el Erikson Institute para reimaginar el diseño de redes.</p> <p>2.2 Determinar los rangos de costos para los contratos de redes. Ampliar la contratación en el presupuesto del DHS para el año fiscal 2021 y considerar tasas de reembolso más altas.</p> <p>2.2 Apoyar la expansión de las redes existentes y, donde no existan redes, trabajar con organizaciones de la primera infancia, distritos escolares u otras entidades para sembrar redes que puedan usar el ECBG y otras fuentes de financiación para aumentar la calidad y la compensación.</p>
<p>3. Ampliar el número de salones de clase y entornos de hogar bien diseñados y equipados para bebés y niños pequeños.</p> <p><u>Fundamento:</u> La demanda de servicios basados en centros para bebés/niños pequeños ha crecido rápidamente, mientras que la demanda de salones preescolares en centros ha disminuido a medida que más escuelas públicas ofrecen nivel preescolar para todos. La necesidad de un cuidado infantil flexible en un ámbito de hogar para niños desde el nacimiento hasta los tres años sigue siendo alta, en parte debido al crecimiento de trabajos con horarios inusuales.</p>		
<p>Objetivo</p>	<p>Impacto previsto</p>	<p>Tácticas</p>

APÉNDICE

<p>3.1 Abrir 200 salones de clase más para niños desde el nacimiento hasta los tres años, ya sea en espacios nuevos o mediante la conversión de espacios de salones del nivel preescolar.</p>	<p>3.1 Agregar capacidad de salones para 2,000 bebés/niños pequeños entre ahora y 2025. (No existe la certeza de que los proyectos de capital puedan completarse en 2 años).</p> <p>[Las suposiciones se muestran por separado en una hoja de cálculo].</p>	<p>3.2 Renovaciones de fondos para centros proveedores existentes con el fin de convertir salones de clase para brindar servicio a bebés/niños pequeños, así como nuevas instalaciones a través de subsidios de capital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las áreas de necesidad (informe de IFF) • Participar en la planificación de los subsidios de capital, tanto de \$100 millones a ser destinados a ECE como algunos de \$500,000 no asignados. • Encontrar financiación para ayudar a las CBO a desarrollar planes y propuestas de subsidios de capital.
<p>3.2 Financiar muebles/accesorios y materiales de hogares familiares de cuidado infantil para lograr círculos superiores de ExceleRate, y para que los hogares exentos logren obtener licencias. Utilizar exigencias e incentivos para asegurar que estos espacios permanezcan disponibles para las familias que reciben asistencia del CCAP.</p>	<p>3.2 Mejorar los entornos físicos de XX niños desde el nacimiento hasta los 2 años en entornos de hogar.</p>	<p>3.2 Participar en la planificación con el IDHS y con PDG B-5</p>

4. Ampliar la fuerza laboral dedicada a los bebés/niños pequeños y mejorar el nivel de formación profesional de la fuerza laboral actual.		
Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
<p>4.1 Desarrollar una fuerza laboral competente que sea representativa de los niños a quienes se les brinda servicio, incluyendo un enfoque en la fuerza laboral bilingüe/bicultural, la cual está muy subrepresentada.</p>	<p>4.1 XX nuevos maestros y proveedores de cuidado infantil en ámbitos familiares ingresan a la fuerza laboral cada año para 2025 por encima de los niveles actuales, impactando a XX niños [4 niños por cada maestro. Desglosar]</p> <p>4.1 XX maestros y proveedores de cuidado infantil en ámbitos familiares mejoran su formación educativa agregando un título o subiendo nivel de credencial para el 2025</p>	<p>4.1 Asociarse con escuelas secundarias e instituciones de educación superior para promover oportunidades de enseñanza de ECE como carrera profesional.</p> <p>4.1 Desarrollar un enfoque integral para apoyar los gastos de educación para educadores potenciales y actuales, con un enfoque en grupos subrepresentados. Implementar el enfoque de reembolso de gastos educativos puesto a prueba durante el RTT-ELC e identificar oportunidades para</p>

APÉNDICE

	[Una hoja de cálculo, que se encuentra en proceso de elaboración, incluye cifras relevantes del informe de 2017 de la Fuerza Laboral de ECE de Gateways]	apoyar modelos de cohortes y condonación de préstamos.
<p>5. Mejorar el acceso al cuidado infantil apoyado por CCAP para las familias que trabajan horas no tradicionales.</p> <p><u>Fundamento:</u> Los horarios de trabajo variables y no tradicionales son cada vez más comunes. Los niños de familias afectadas necesitan cuidado estable y consistente incluso cuando los horarios de trabajo cambian.</p>		
Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
5.1 Revisar los criterios de elegibilidad del CCAP y desarrollar modelos del programa que ordene los fondos en distintos niveles o capas para satisfacer las necesidades de desarrollo de los niños en familias que trabajan en horarios variables.	5.1 XX niños adicionales cuyos padres trabajan en horarios no tradicionales reciben servicios para 2023, y XX entre ahora y 2025. [IAFC o IDHS - Número de bebés y niños pequeños del CCAP que ahora reciben servicios durante horarios no tradicionales, en centros, FCC y cuidado proporcionado por un familiar, amigo o vecino (FFN)].	5.1 Apoyar las iniciativas actuales del IDHS para ampliar la elegibilidad del CCAP. 5.1 Desarrollar e implementar opciones adicionales para brindar servicio a esta población.
5.2 Formar un grupo de estudio con defensores, gobierno y empresas para resolver la crisis del cuidado infantil creada por el crecimiento de los empleos de bajos salarios que requieren horarios no tradicionales.	N/A	5.2 Identificar una organización líder y una lista de invitados. Encontrar la financiación para esta planificación.

Seguridad económica familiar

1. Aumentar los ingresos familiares y la seguridad económica familiar		
Fundamento: Poner más dinero en los bolsillos de las familias se considera la mejor manera de proporcionar a las familias una mayor estabilidad económica. Al proveer a las familias más dinero sin restricciones, las familias pueden cubrir las necesidades familiares como pañales, ropa, etc.		
Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
1.1 Promulgar una legislación que apruebe la licencia médica y familiar remunerada para todos los residentes de Illinois.	1.1 <u>149,390</u> niños nacieron en Illinois en 2017. <u>El 60% de las personas que trabajan en Illinois</u> no tienen acceso ni siquiera a una licencia médica y familiar no remunerada. En 2016, <u>a nivel nacional, sólo el 13% de los trabajadores</u> tenía acceso a licencias familiares remuneradas. La licencia remunerada realmente haría una diferencia en las vidas de los padres y los bebés. Si el 21.5% de las familias con niños pequeños viven en la pobreza y el 7.4% de los niños no tienen padres en el hogar, el 14.1% de los nuevos padres que viven en el 200% del nivel de pobreza podrían beneficiarse con esta nueva política. Esto significa que una política de licencia médica y familiar remunerada podría tener un impacto en hasta 21,064 familias.	1.1 Expandir la coalición que apoya un programa de licencia remunerada. 1.1.2 Abogar ante funcionarios electos por la aprobación de una legislación integral de licencia médica y familiar remunerada que sea lo más inclusiva posible y tenga en cuenta a los adultos que no trabajan una semana laboral de 40 horas.
1.2 Implementar un crédito fiscal por ingresos del trabajo (EITC) que beneficie a familias con niños pequeños.	1.2 Nuestro EITC actual es el 18% del federal. Si lo aumentamos al 40%, como Washington DC, podríamos proporcionar \$1500 dólares extra al año a familias con tres o más niños y \$1200 a familias con dos o más niños. El EITC es para aquellas familias que están por debajo del 200% del Nivel de Pobreza Federal.	1.2 Ampliar la coalición que trabaja en un aumento del EITC para incluir las voces de los servicios de la primera infancia. 1.2.1 Abogar por una legislación que aumente el EITC (en 2021) ante funcionarios electos. Considerar diferentes modelos de EITC que proporcionen dinero a las familias mensualmente en vez de una vez al año.

APÉNDICE

		1.2.2 Considerar la inclusión del cuidado no remunerado como trabajo que califique para EITC.
1.3 Crear una campaña para terminar con la pobreza infantil en Illinois.	1.3 En 2018, había 370,238 niños de cero a tres años viviendo en o por debajo del 200% del nivel de pobreza.	1.3 Formar una coalición para terminar con la pobreza infantil en Illinois.
		1.3.1 Hacer seguimiento con el programa piloto de ingresos básicos de Illinois a fines de 2020 para ver cómo les fue a las familias con niños pequeños. 1.3.2 Abogar y construir apoyo para un programa piloto universal de ingresos básicos para las familias con hijos de cero a tres años.
<p>2. Aumentar el uso de los programas de beneficios públicos existentes. <u>Fundamento:</u> Los programas que brindan una red de seguridad no se están aprovechando al máximo. Esto se debe en parte a que las familias no tienen conocimiento de la existencia de estos programas y también a los posibles requisitos complejos que se les impone a las familias de bajos ingresos para participar en los programas. Aliviar algunos de esos requisitos o facilitar el acceso a dichos programas podría ayudar a mejorar los resultados de los niños.</p>		
Objetivo	Impacto del proyecto	Tácticas

APÉNDICE

<p>2.1 Facilitar el acceso a los programas de beneficios públicos.</p>	<p>Illinois tiene 63,500 bebés de 0 a 3 años que están en el 50% del FPL y 139,690 bebés de 0 a 3 años que están en el 100% del FPL. Los programas de beneficios públicos apoyan a familias cuyos ingresos están entre el 50% y el 200% del FPL.</p> <p>En 2018, había 268,084 madres, bebés y niños pequeños que recibían los servicios del programa WIC. El programa solo brinda servicio al 43.5% de los participantes elegibles. Si pudiéramos aumentar el uso en 10-15 puntos porcentuales, podríamos ayudar a 40,000 familias más.</p>	<p>2.1 Abogar por la creación de una solicitud para múltiples sistemas para que los padres no tengan que saber qué programas existen para poder solicitarlos (como mínimo CCAP, SNAP, TANF, WIC y Medicaid). Permitir la elegibilidad secundaria y la inscripción automática en los casos en que la familia califique en lugar de requerir que una familia marque o solicite específicamente cada programa.</p> <p>2.1.1 Considerar la creación de una aplicación para teléfonos inteligentes con el fin de facilitar su uso y accesibilidad.</p> <p>2.1.2 Aprovechar el rol de las MCO en la coordinación del cuidado como un servicio existente para conectar a las familias y aumentar la adopción de otros programas. Aumentar el uso de referencias a una sola oficina/de una sola hoja para los servicios de beneficios públicos y para la primera infancia que estén disponibles para las familias.</p> <p>2.1.3 Aumentar el uso de oficinas conjuntas o asegurar que cada oficina sea la “puerta correcta” para las familias.</p>
--	--	---

APÉNDICE

		<p>2.1.4 Desplegar “orientadores” de beneficios en las salas de espera de consultorios de pediatras (empezando por las MCO).</p>
<p>2.2 Disminuir los complejos requisitos de los programas de beneficios públicos que dificultan la participación de las familias.</p>		<p>2.2 Aumentar la colaboración entre WIC y el sistema de Aprendizaje Temprano. <u>Ver Hacer que el WIC funcione en Illinois</u>.</p> <p>2.2.1 Aumentar las opciones de alimentos para el WIC especialmente teniendo en cuenta las alergias. No obligar a los padres a presentar una nota del médico sobre las alergias cada vez que vayan a la oficina del WIC.</p> <p>2.2.2 Otorgar citas para WIC en el mismo día o al día siguiente.</p> <p>2.2.3 Permitir citas telefónicas del WIC para que las familias no tengan que asistir a todas sus citas en persona, lo cual es difícil para muchas familias.</p>
<p>2.3 Aumentar la colaboración de los programas de beneficios públicos.</p>		<p>2.3 Capacitar a todo el personal del DHS que esté en contacto con los clientes sobre la carga pública y el impacto de la regla.</p> <p>2.3.1 Crear hojas informativas que expliquen la carga pública y cómo afecta los programas de beneficios públicos y asegurar que estén disponibles en TODAS las oficinas que manejan beneficios públicos, incluso si esos programas no se ven afectados por la carga pública.</p> <p>2.3.2 Crear una campaña pública en</p>

APÉNDICE

		los medios y aparecer en diferentes medios de comunicación para difundir información sobre la carga pública.
2.4 Aumentar el uso de CCAP, TANF, SNAP, Medicaid y WIC.		2.4 Garantizar que el Censo de 2020 cuente a cada niño asegurándose de que todo el personal que esté en contacto con los clientes, en cualquier programa estatal, esté consciente de la importancia

APÉNDICE

		<p>del censo y se los recuerde a los clientes cuando sea relevante.</p> <p>Aplaudimos al Estado de Illinois por <u>asignar \$29 millones</u> a los esfuerzos de alcance del Censo y crear una oficina encargada de asegurar un recuento exacto de todos los residentes de Illinois.</p> <p>2.4.1 Asegurar que el estado esté invirtiendo en recursos para lograr un mayor alcance durante el censo para que todos los bebés y niños pequeños sean contados.</p> <p>2.4.2 A medida que el censo se aproxime, asegurar que todo el personal de atención al cliente del DHS haya recibido capacitación sobre el censo y esté proporcionando a todos un folleto sobre la importancia de completar los formularios del censo.</p> <p>2.4.3 Invertir en actividades de alcance comunitario centradas en las comunidades difíciles de contar, que incluyen a niños pequeños.</p>
--	--	---

APÉNDICE

<p>2.5 Asegurar que la regla de la Carga Pública no disuada a las familias elegibles de inscribirse en beneficios públicos.</p>		<p>2.5 Reducir la tasa de cancelación en Medicaid haciendo que la redeterminación sea menos compleja. En lugar de cancelar la inscripción si el cliente no se contacta, enviar una carta que diga “si todo sigue igual, usted no tiene que hacer nada. Si algo ha cambiado, llámenos.”</p> <p>2.5.1 Invertir en un programa de orientadores para ayudar a las familias a inscribirse en programas de beneficios públicos. Muchas agencias se vieron obligadas a despedir personal cuando el gobierno federal decidió dejar de financiar el programa.</p>
<p>2.6 Asegurar que todos sean contados en el Censo de 2020, especialmente niños menores de cinco años.</p>		<p>2.6 Crear una coalición sobre diversos temas, interesada en proporcionar SNAP a las embarazadas indocumentadas.</p>
		<p>2.6.1 Abogar por una legislación que proporcionaría SNAP a las mujeres embarazadas indocumentadas durante su embarazo y algunos meses después del parto.</p>
<p>3. Aumentar el acceso a empleos con un salario digno para vivir para los padres. <u>Fundamento:</u> A los padres les gustaría poder trabajar y cubrir las necesidades de sus pequeños, pero muchas veces hay varios obstáculos que se interponen en el camino. Brindar asistencia con algunos de esos obstáculos proporcionará una mayor estabilidad financiera a las familias y, en última instancia, logrará mejores resultados.</p>		
<p>Objetivo</p>	<p>Impacto previsto</p>	<p>Tácticas</p>
<p>3.1 Reducir el porcentaje de padres desempleados con niños de cero a tres años que quieran ingresar a la fuerza laboral en un X%.</p>	<p>3.1 En 2018, había 370,238 niños de cero a tres años viviendo en o por debajo del 200% del nivel de pobreza. El Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (Child Care Assistance Program, CAAP) actualmente brinda servicio a unos 132,000 niños. Hay padres que desearían tener acceso al programa pero no pueden hacerlo porque no tienen cuidado infantil.</p>	<p>3.1 Reunir apoyo y abogar por que los padres puedan acceder al CCAP mientras están buscando trabajo para que puedan buscar trabajo, acudir a entrevistas laborales y comenzar un trabajo mientras tienen cuidado infantil. No tener cuidado infantil es un obstáculo para muchas familias que desearían ser parte de la fuerza laboral.</p>

APÉNDICE

<p>3.2 Facilitar el ingreso a la fuerza laboral para aquellos padres de niños de cero a tres años que quieran hacerlo.</p>	<p>3.1 Illinois tiene alrededor de 139,000 niños de cero a tres años en el 100% del nivel de pobreza. Brindar a esos padres acceso a capacitación laboral y al servicio de cuidado infantil podría reducir ese número.</p>	<p>3.2 Priorizar los cupos disponibles para padres con niños de cero a tres años para los programas de desarrollo de fuerza laboral.</p> <p>3.2.1 Combinar programas de desarrollo de fuerza laboral con el cuidado infantil.</p>
		<p>3.3 Desplegar un consejero de carrera profesional/persona de apoyo a la fuerza laboral en todas las salas de espera de las oficinas de beneficios públicos.</p>

Estructura de Sistemas

1. Desarrollar una infraestructura estatal para apoyar el desarrollo de sistemas comunitarios		
<u>Fundamento:</u> Un sistema estructurado de apoyos permitirá a los sistemas comunitarios crear e implementar estrategias y actividades de colaboración que aborden las necesidades, culturas y fortalezas únicas de las comunidades locales.		
Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
<p>1.1 Financiar e implementar una infraestructura estatal de sistemas comunitarios que incluya una entidad líder estatal, 4 entidades de apoyo regionales y 75 a 100 colaboraciones comunitarias locales en todo el estado. Las funciones de las colaboraciones locales incluyen: 1) planificación coordinada de los servicios, 2) orientación para familias hacia los servicios que necesitan, 3) apoyo a la inscripción completa en los servicios existentes; 4) apoyo a la inscripción coordinada en los servicios de la primera infancia (0 a 5 años).</p>	<p>1.1 y 1.2 Las estrategias de las colaboraciones locales se alinearán para apoyar las metas y objetivos del Estado para la Etapa Prenatal a los 3 años. Mejorar la coordinación de los esfuerzos entre las agencias estatales y los esfuerzos locales.</p> <p>1.1 y 1.2 Cambios sistémicos a nivel estatal y local para asegurar mejores resultados para las familias y sus hijos.</p> <p>1.1 y 1.2 La representación diversificada en la colaboración permite obtener opiniones y comentarios sobre programas y políticas que conducen a resultados equitativos para las familias y sus hijos.</p> <p>1.1 y 1.2 El 85% de las colaboraciones locales de la primera infancia alinearán sus estrategias para apoyar las metas y el objetivo del Estado para la Etapa Prenatal a los 3 años.</p>	<p>1.1 y 1.2 Año 1: Definir los objetivos, indicadores de desempeño, funciones, roles y estructura de las colaboraciones comunitarias.</p> <p>1.1 y 1.2 Definir qué apoyos ofrecerá la infraestructura estatal. Si bien el sistema es estatal, también debe apoyar los mecanismos locales en cada comunidad; las prioridades/comunidades son informadas a nivel local.</p> <p>1.1 y 1.2 Año 2: Establecer fondos estatales dedicados y suficientes para apoyar la infraestructura de colaboración comunitaria estatal, regional y local.</p> <p>1.1 y 1.2 Modificar contratos/subsidios para requerir una colaboración que incluya el sistema de servicios sociales más amplio con el fin de evitar la duplicación de los servicios. Los contratos deben exigir a las comunidades que utilicen datos al llenar sus solicitudes.</p> <p>1.1 y 1.2 Alinear los estándares de calidad y los resultados en los programas financiados para que los programas tengan un conjunto común de métricas sobre las que realizar un seguimiento y elaborar informes.</p> <p>1.1 y 1.2 Desarrollar juntas de asesoramiento de familias que proporcionen la voz de las familias en todos los aspectos de la colaboración comunitaria.</p>

APÉNDICE

		1.1 y 1.2 Alinear los datos entre modelos y financiadores para mejorar la política/toma de decisiones del estado.
1.2 Las colaboraciones comunitarias tendrán acceso a datos consistentes y detallados para apoyar la toma de decisiones informada y colaborativa. Los datos se utilizarán para ayudar a las comunidades y al Estado a medir el progreso y las áreas de mejora.		
<p>2. Aumentar el acceso a la consulta de salud mental para bebés/niños pequeños a programas y profesionales que trabajan con niños y familias.</p> <p><u>Fundamento:</u> I/ECMHC es un enfoque proactivo de varios niveles que se centra en apoyar y mejorar el desarrollo socioemocional de los niños y su salud y bienestar en general. I/ECMHC une a profesionales multidisciplinarios de I/ECMH con personas que trabajan con niños pequeños y sus familias en una amplia variedad de entornos. Ha quedado demostrado que I/ECMHC reduce las expulsiones preescolares, mejora las relaciones entre padres e hijos, aumenta el desarrollo de habilidades sociales positivas y aumenta las tasas de retención de los profesionales de la primera infancia.</p>		
Objetivo	Impacto previsto	Tácticas

APÉNDICE

<p>2.1 Mejorar la colaboración entre los sistemas y aumentar la capacidad de los sistemas para implementar un enfoque de I/ECMHC de calidad, con la visión de que cada organización al servicio de la primera infancia tenga acceso a I/ECMHC. El personal que trabaja en programas de la primera infancia tendrá acceso regular a consultas reflexivas y desarrollo profesional con respecto a temas de salud mental, desarrollo socioemocional y bienestar infantil.</p>	<p>2.1 Todos los sistemas que actualmente implementan I/ECMHC estarán al servicio de todos los programas en su sistema (453 programas en ISBE, 176 en HS/EHS, 9,694 en cuidado infantil, 22 en MIECHV, 31 en HFI, 20 en PTS, 25 en EI).</p> <p>2.1 I/ECMHC se extenderá a otros sistemas (IDPH, DCFS, DMH).</p> <p>2.1 Para 2023, habrá 300 I/ECMHC en la base de datos.</p> <p>2.1 Para 2025, habrá 600 I/ECMHC en la base de datos.</p>	<p>2.1 Completar un modelado de costos y análisis de saturación de servicios para el espectro de servicios de consultas con el fin de ayudar a la ILGA a entender el costo total de I/ECMHC de alta calidad y el costo de alcanzar la saturación.</p> <p>2.1 En el año 1, obtener una financiación que sea consistente con el modelado de costos para una Entidad Líder, orientaciones comunes expandidas para consultores, grupos de práctica reflexiva y base de datos/evaluación.</p> <p>2.1 Trabajar con organizaciones profesionales y Educación Superior para reclutar, ampliar y diversificar la fuerza laboral de I/ECMHC.</p> <p>2.1 Utilizar los datos y la evaluación de los proyectos piloto de la Iniciativa MHC para ampliar los proyectos piloto de la Iniciativa MHC.</p> <p>2.1 Aumentar la cantidad de la calidad de la retirada de tierras de CCDBG dedicada a MHC para ampliar la cantidad de consultores disponibles para los programas de cuidado infantil.</p>
		<p>2.1 Aumentar la financiación dentro del IDPH para expandir las MHC dentro de los departamentos de salud pública.</p> <p>2.1 Aumentar la financiación dentro del DCFS para expandir las MHC dentro del bienestar infantil.</p>

Fuerza Laboral

1. **Ampliar las especializaciones de la fuerza laboral para aumentar el número de profesionales calificados al servicio de niños desde el nacimiento hasta los tres años que puedan satisfacer las necesidades de niños y familias diversas.**

Fundamento: Los profesionales con experiencia trabajando con niños desde el nacimiento hasta los tres años y sus familias cumplirán con los requisitos de formación para diferentes puestos en todo el sector de servicios para bebés/niños pequeños y proporcionarán al personal una mayor movilidad, alentándolos a permanecer en su trabajo.

Alta Prioridad: Implementación a corto y mediano plazo – 2020-2023

Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
<p>1.1 El 75% de los programas de preparación para visitantes a domicilio alinearán su proceso de preparación con las competencias de Gateways to Opportunity. Esto les permitirá a los visitantes a domicilio expandirse para articular sus cursos/estudios con otras credenciales de Gateways, tales como las credenciales de ECE y de bebés/niños pequeños.</p>	<p>1.1 Las instituciones de educación superior y otros socios alinearán el contenido de preparación de los programas de EI y de Visitadores a Domicilio con las competencias de las credenciales de ECE y de bebés/niños pequeños de Gateways to Opportunity para que más personal esté calificado y sea elegible para una gama de puestos en el campo de los servicios para niños desde el nacimiento hasta los tres años.</p>	<p>1.1 Alinear las competencias de Gateways con los programas de preparación para los servicios destinados a niños desde el nacimiento hasta los tres años con el fin de crear una fuerza laboral ampliada que esté preparada para múltiples roles en los servicios para niños desde el nacimiento hasta los tres años.</p> <p>1.1 Trabajar con el Programa de Capacitación de Intervención Temprana (EITP) de la Universidad Western IL para revisar y alinear las competencias de EC de IL, en las que se basan todas las credenciales y títulos de EC, y nuevas competencias de EI, para eliminar contenido duplicado y fomentar la transferencia de cursos entre los programas de preparación de EC, ECSE, EI.</p> <p>1.1 Para abordar la escasez de maestros en educación especial y EC, diseñar oportunidades de cohortes para distritos escolares, programas basados en la comunidad e institutos de educación superior (IHE) para asociarse y ofrecer programas de preparación para maestros acreditados con el</p>

APÉNDICE

		fin de obtener credenciales en alguna especialización tales como LBS1 o Educación Especial.
1.2 Investigar oportunidades nuevas y no tradicionales para reclutar y apoyar a los candidatos a ser maestros de la primera infancia en el ámbito laboral.	1.2 Crear recursos para apoyar a 200 maestros nuevos para unirse a la fuerza laboral. Esto podría proporcionar servicios para otros 1,000 niños.	1.2 Conocer las iniciativas estatales de la fuerza laboral proporcionadas a través de entidades que tradicionalmente no se centran en la primera infancia, como la Junta de Innovación y Oportunidades de la Fuerza Laboral (WIOA), el plan Perkins V del estado y el <i>Departamento de Comercio y Oportunidad Económica de Illinois (DCEO)</i> .
		Desarrollar una comprensión de cómo estas entidades se entrecruzan para apoyar tanto a los candidatos como a las instituciones de educación superior.
1.3 Crear nuevas estructuras para que los candidatos interesados puedan obtener títulos y credenciales para la primera infancia.	1.3 Aproximadamente 75 candidatos nuevos seguirán anualmente carreras anuales relacionadas con la primera infancia impactando a 300 niños cada	1.3 Trabajar con los programas de doble crédito de INCCRRA para hacer la transición de los estudiantes de secundaria a instituciones de 2 años para obtener

APÉNDICE

	año.	credenciales y títulos académicos relacionados con la primera infancia
1.4 Desarrollar materiales de marketing para destacar la variedad de especializaciones disponibles en la carrera profesional dedicada a la primera infancia y los distritos escolares en todo el estado en una variedad de niveles.		1.4 Distribuir materiales a consejeros y asesores de escuela secundaria y educación superior, CCR y Rs y otras entidades para que los candidatos se informen sobre las oportunidades profesionales de alto impacto.
<p>2. Abordar cuestiones de equidad cultural, lingüística y de aptitudes y el prejuicio implícito entre los maestros dedicados a los niños desde el nacimiento hasta los tres años para asegurar que el desarrollo y el aprendizaje de los niños sean apoyados óptimamente para fomentar el aprendizaje, la preparación para la escuela y el éxito en la escuela y en su vida</p> <p><u>Fundamento:</u> Los niños tienen resultados educativos y de desarrollo más fuertes cuando tienen ambientes seguros y estables que les permiten desarrollar las relaciones y la confianza necesarias para explorar y aprender cómodamente de sus alrededores.</p> <p>Los maestros que representan los orígenes lingüísticos y culturales de los niños y las familias suelen desarrollar relaciones más fuertes con esas familias y niños.</p> <p>Alta Prioridad: Implementación a corto plazo – 2020-21</p>		
Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
2.1 El 50% de los maestros y maestros asistentes de la primera infancia en programas de centros de cuidado infantil con licencia (N= aproximadamente 480 basado en el informe de la Fuerza Laboral de la Primera Infancia de Illinois de 2017 de INCCRRA) tendrá acceso a oportunidades de desarrollo profesional para conocer más sobre los apoyos para el desarrollo socioemocional y la salud mental de la primera infancia.	2.1 Aproximadamente 1,920 niños (proporción de 1 maestro/maestro asistente por cada 4 niños) en entornos de cuidado infantil con licencia tendrán maestros que han sido capacitados para apoyar sus comportamientos socioemocionales desafiantes de una manera socialmente constructiva.	2.1 En asociación con el Subcomité de Inclusión del Consejo de Aprendizaje Temprano y GOECD, promover el acceso a capacitaciones de salud mental y de Modelo de Pirámide para maestros principales y maestros asistentes en centros de cuidado de niños con licencia para apoyar al personal con el fin de ayudarlo a trabajar productivamente con niños con comportamientos desafiantes.

APÉNDICE

<p>2.2 Las credenciales multilingües de Gateways to Opportunity se ofrecerán en los niveles 2, 3 y 4 en el 50% de los colleges estatales con cursos de 2 años con programas de preparación para el personal de la primera infancia.</p>	<p>2.2 Aproximadamente 300 niños desde el nacimiento hasta los tres años tendrán un maestro que posee una credencial multilingüe de Gateways.</p>	<p>2.2 Promover la nueva Credencial Multilingüe en el Foro de Educación Superior de 2020.</p> <p>2.2 Revisar la Credencial después de la fase piloto y permitir que esté ampliamente disponible para todos los colleges estatales con cursos de 2 años con un programa de preparación para la primera infancia.</p>
		<p>2.2 Trabajar con ISBE para alinear la Credencial con las especializaciones Bilingüe/ESL de 4 años</p>
<p>3. Aumentar los salarios de los maestros de la primera infancia que trabajan en programas apoyados por fuentes de financiación federales y estatales así como en instituciones de educación privada que sean proporcionales a los complejos y sensibles conocimientos y habilidades requeridos. Los salarios de los maestros de bebés/niños pequeños se ven particularmente afectados.</p> <p><u>Fundamento:</u> Los educadores de la primera infancia en IL que trabajan fuera de las escuelas ganan salarios en el 2do percentil de los ingresos anuales. Estos salarios se han mantenido estancados desde 2015 y no han sido ajustados a la inflación o los cambios en el costo de vida en el estado. Los salones de clase para bebés/niños pequeños con licencia otorgada por el DCFS tienen una tasa anual de rotación de maestros del 37%. (Voices from the Front Lines of Early Learning 2017, IL Early Childhood Workforce Survey Report - Las voces del frente del aprendizaje temprano 2017, Informe de la Encuesta a la Fuerza Laboral de la Primera Infancia de Illinois)</p> <p>Alta Prioridad: Implementación de corto a medio alcance – 2020-2023</p>		
Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
<p>3.1 La compensación, el bienestar y la retención de los educadores afectan directamente la calidad y la estabilidad de los programas de ECE. Continuar desarrollando modelos de costos y abogar administrativamente por aumentar los salarios de los maestros y maestros asistentes en los programas CCAP y Head Start de IL les permitirá reclutar y retener personal calificado para el salón de clases y proveer una mayor continuidad de cuidado para los niños y sus familias.</p>	<p>3.1 Reducir la rotación de maestros de bebés/niños pequeños a una tasa anual del 25%, lo cual proporcionará una mayor estabilidad a aproximadamente 600 bebés/niños pequeños cuyos maestros tienen una credencial de bebés/niños pequeños en IL.</p>	<p>3.1 Brindar más apoyo al personal para obtener credenciales para bebés/niños pequeños.</p> <p>3.1 Incrementar gradualmente los salarios para los maestros de bebés/niños pequeños para alinearlos con los modelos de costos</p>

APÉNDICE

4. Abogar por que los programas de la primera infancia permanezcan abiertos, particularmente en áreas rurales o en otras áreas carentes de servicios.

Fundamento: Al igual que en otras áreas de la educación, hay una creciente y significativa escasez de maestros de la primera infancia en distintas áreas geográficas, tipos de programas y flujos de financiación. También hay una fuga en la oferta de candidatos a maestros de EC debido a los programas de preparación de educación superior con recursos insuficientes y a los costos asociados con la obtención de credenciales y títulos en comparación con los salarios futuros.

Objetivo	Impacto previsto	Tácticas
4.1 Apoyar los programas existentes de la primera infancia para que puedan continuar operando en sus comunidades durante períodos de escasez de personal.		4.1 Desarrollar un lenguaje de autorización a corto plazo con el IDHS para permitir que los programas permanezcan abiertos mientras los maestros actuales siguen una educación adicional.

IMPACTOS PREVISTOS DE LA AGENDA PN3

Servicio	Base de referencia (basada en los mejores datos disponibles en febrero de 2020)	Aumento previsto (incluido el aumento de la capacidad y la mejora de la calidad)	Alcance proyectado para 2025
Cuidado y desarrollo de bebés y niños pequeños (servicios en ámbitos familiares y en centros) *	5,000 cupos en programas con calificación Plata u Oro en ámbitos familiares y en centros para bebés y niños pequeños (Año fiscal 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • 2,000 cupos en programas con licencia/exentos de licencia para bebés y niños pequeños alcanzarán la calificación Plata u Oro • Se crearán 5,000 cupos nuevos en programas con calificación Plata u Oro en ámbitos familiares y en centros para bebés y niños pequeños 	12,000 cupos en programas con calificación Plata u Oro en ámbitos familiares y en centros para bebés y niños pequeños
Visitadores a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • 19,000 cupos financiados • 17,000 niños reciben servicios (Año fiscal 2018) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se llegará a 2,000 niños más a través de cupos de inscripción completa • Se agregarán 13,000 cupos nuevos para el servicio de visitas domiciliarias 	32,000 niños y sus familias
Intervención temprana	Aproximadamente 22,000 niños con IFSP (en un momento determinado, Año Fiscal 2018)	22,000 niños más tendrán IFSP (en un momento determinado)	44,000 niños (en un momento determinado)

APÉNDICE D

Apoyos universales para recién nacidos**	1,570 familias recibieron el ofrecimiento de una visita a domicilio por parte de un/a enfermero/a (Año Fiscal 2019)	<ul style="list-style-type: none"> • La expansión a 10 nuevas comunidades ofrecerá una visita a domicilio por parte de un/a enfermero/a a 25,600 familias • Los sitios de Chicago ofrecerán una visita a domicilio por parte de un/a enfermero/a a 4300 familias** 	31,470 familias recibirán el ofrecimiento de una visita a domicilio por parte de un/a enfermero/a
Cobertura de atención médica posparto continua por 12 meses***	75,000 personas elegibles (Año Fiscal 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • 11,000 personas que actualmente no son elegibles debido a su estatus migratorio serán elegibles • 52,500 personas que normalmente pierden beneficios durante el proceso de redeterminación mantendrán su elegibilidad 	86,000 personas
Servicios de doula****	1,100 personas reciben servicios de doula unidos a programas de visitadores a domicilio financiados por el estado (Año Fiscal 2019)	14,000 personas	15,100 personas
Acceso a beneficios (WIC)*****	185,360 personas (Año Fiscal 2018)	18,536 personas	203,896 personas

Todos los impactos previstos representados en la tabla anterior son mejores estimaciones basadas en los datos actualmente disponibles y están limitados a aquellos impactos asociados con propuestas de políticas con impactos directos sobre los niños y las familias. Cuando no se dispone de una base de referencia, se agrega una nota al respecto. Debido a limitaciones en la disponibilidad de datos y a los desafíos de obtener una estimación directa del impacto previsto de algunas propuestas de políticas que impactan indirectamente en las familias, esta tabla no incluye todas las políticas públicas propuestas en la agenda PN3 de Illinois, tales como las relacionadas con la fuerza laboral y la licencia familiar remunerada.

APÉNDICE D

**Números actuales y previstos basados en datos obtenidos del informe del IECAM y de IFF, [Access and Quality for Illinois Children: Statewide Early Childhood Education Needs Assessment](#). Acceso y calidad para los niños de Illinois: Evaluación de necesidades de la educación de la primera infancia en el estado. La capacidad incluye la del cuidado infantil con licencia y exenta de licencia en ámbitos familiares y en centros, programas financiados por Early Head Start y Prevention Initiative.*

*** Los datos de la base de referencia para los apoyos universales de recién nacidos solo incluyen visitas de enfermeros realizadas a través del modelo Illinois Family Connects en los condados de Peoria y Stephenson.*

****Aproximadamente el 50% de los nacimientos en Illinois están cubiertos por Medicaid, equivalente a 75,000 nacimientos. En promedio, el 70% de las personas pierde cobertura durante la redeterminación. Por lo tanto, se prevé un cambio de política a una cobertura continua de 12 meses para impactar aproximadamente a 52,500 personas que mantendrían cobertura y a otras 11,000 personas que actualmente no están cubiertas debido a su estatus migratorio.*

***** Los datos sobre los servicios de doula disponibles fuera de aquellos financiados a través del servicio de visitantes a domicilio no están actualmente disponibles. Impacto previsto basado en la estimación del 20% de todos los embarazos financiados por Medicaid que utilizan servicios.*

****** Impacto previsto basado en la meta de aumentar la inscripción en WIC en un 10%. Los datos de la base de referencia sobre la inscripción en WIC fueron extraídos de [Making WIC Work in Illinois: Opportunities & Recommendations for Program Improvement](#) (Lograr que WIC funcione en Illinois: Oportunidades y Recomendaciones para la Mejora del Programa)*

