

ANEXO N°1

PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES 1998

LISTA DE PROGRAMAS A EVALUAR :

Cód.	Programa	Ministerio / Servicio Público
01	Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes	Ministerio del Interior
02	Transferencias a INTEGRA	Ministerio del Interior
03	Programa Servicio País	Ministerio del Interior
04	Programa de Mejoramiento de Barrios	Ministerio del Interior
05	Programa de Promoción de Exportaciones	Ministerio de Relaciones Exteriores
06	Fondo de Asistencia Técnica (FAT)	MINECOM / CORFO / SERCOTEC
07	Programa de Estudios Pre y Posgrado	MINECOM / CORFO
08	Proyectos de Fomento PROFOS (CORFO, SERCOTEC, Agrícola.)	MINECOM / CORFO
09	Financiamiento de PYMES y Exportadoras	MINECOM / CORFO
10	Fondo de Investigación Pesquera	MINECOM / Subsecretaría de Pesca
11	Corporaciones de Asistencia Judicial	Ministerio de Justicia
12	Programas de Rehabilitación y Reinserción Social	Ministerio de Justicia / Gendarmería de Chile
13	Programa de Deporte Recreativo	Ministerio de Defensa / Digeder
14	Programa de Alto Rendimiento	Ministerio de Defensa / Digeder
15	Programa de Caletas Pesca Artesanal	Ministerio de Obras Públicas / DIGEOP
16	Fundación para la Innovación Agraria	Ministerio de Agricultura / ODEPA
17	Inversión Financiera - Préstamos INDAP	Ministerio de Agricultura / INDAP
18	Proyecto de Secano Costero	Ministerio de Agricultura / INDAP
19	Programa de Fiscalización	Ministerio del Trabajo / Dirección del Trabajo
20	Programa de Becas de Capacitación Laboral SENCE	Ministerio del Trabajo / SENCE
21	Centros de Prevención de Alcoholismo y Salud Mental	Ministerio de Salud
22	Subsidios de Reposo Maternal y Cuidado del Niño	Ministerio de Salud
23	Prog. Oportunidades de Atención y Reducción de Listas de Espera	Ministerio de Salud
24	Programa de Disminución de Contaminación Iquique y Talcahuano	Ministerio de Salud
25	Inversión Real en Parques Urbanos	MINVU/ SERVIU
26	Programas Viviendas Progresivas	MINVU/ SERVIU
27	Subsidios Rurales y de Colonización	MINVU/ SERVIU
28	Subsidios al Transporte Regional	MINTRATEL
29	Programa de Fiscalización	MINTRATEL
30	Fondo de Desarrollo de las Telecomunicaciones	MINTRATEL
31	Programa de Becas Presidente de la República. D.F.L. 22	MIDEPLAN
32	Generación de Capacidades en Localidades Pobres	MIDEPLAN / FOSIS
33	IRAL. Desarrollo Productivo Rural.	MIDEPLAN / FOSIS
34	Fondo de Tierras y Aguas Indígenas	MIDEPLAN / CONADI
35	Aplicación Artículo 55 Ley N° 19.284. ( FONADIS)	MIDEPLAN / FONADIS
36	Fondo Nacional de Fomento al Libro y la Cultura	MINEDUC
37	Prevención a la Drogadicción y al Alcoholismo	MINEDUC
38	Programas de Educación Preescolar	MINEDUC / JUNJI
39	Programas de Salud y Atención Médica Escolar	MINEDUC / JUNAEB
40	Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico	CONICYT



REPUBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

## **INFORME FINAL DE EVALUACIÓN**

**PROGRAMA SALUD ESCOLAR (PSE)  
JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR  
Y BECAS (JUNAEB)  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

**PANEL DE EVALUACION:  
MARÍA M. BARRIA (COORDINADORA)  
JUAN GIACONI  
FRANCISCO MARDONES**

AGOSTO 1998

**MINISTERIO DE HACIENDA**

**DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS**

**PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES**

**PROCESO DE EVALUACIÓN 1998**

**FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES**

**FORMATO A**

**RECONSTRUCCIÓN DEL PROGRAMA/PROYECTO**

<b>I.- DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO/ PROGRAMA</b>	
1.1 Nombre del Programa/proyecto	
<b>Programa salud escolar y atención médica</b>	<b>Código:39</b>
1.2 En caso de ser Proyecto, señalar el programa del cual forma parte o la(s) política(s) a la cual(es) se vincula.	
<b>Programa salud escolar y atención médica</b>	
1.3 Ministerio Responsable <b>Ministerio de Educación</b>	
1.4 Servicio responsable (si corresponde): <b>Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas</b>	
1.5 Unidad interna responsable directa del programa/proyecto	
<b>Salud escolar</b>	
1.6 Nombre del profesional responsable del programa/proyecto	
<b>María Paz Guzmán</b>	
1.7 Año de inicio del programa/proyecto <b>1990</b> y financiamiento <b>MECE 1992</b>	
1.8 Año de término del programa/proyecto desarrollándose actualmente	
1.9 Principales cambios introducidos por año (si corresponde)	<b>Año</b>
<b>(a) Promoción de coordinadores de salud comunal</b>	<b>1993</b>
<b>(b) Normativa por especialidad</b>	<b>1996-1997</b>
<b>(c) Plan piloto de salud mental</b>	<b>1997</b>
<b>(d) Promoción de la salud</b>	<b>1998</b>
<b>A. NIVEL DE DISEÑO DEL PROGRAMA/PROYECTO</b>	
<b>II. JUSTIFICACIÓN QUE DA ORIGEN AL PROYECTO</b>	
1. Justificación a nivel de políticas públicas	
<p>La educación ocupa un rol estratégico en el proyecto de nación desde 1990 para superar la pobreza y tener un país socialmente más integrado. Como una estrategia de mediano plazo el gobierno elabora el Programa de Mejoramiento de la Calidad y Equidad de la Educación (MECE) de 6 años de duración y financiados por un préstamo del Banco Mundial (1992-1997); cuyo objetivo principal es mejorar en forma sustantiva la calidad de los aprendizajes en la Educación básica, y la equidad de su distribución. Como una de sus líneas de acción se desarrolla el Programa de Salud escolar satisfaciendo las necesidades de salud de los alumnos en situación de pobreza para mejorar así las condiciones fundamentales para el aprendizaje.</p>	
2. Justificación a nivel de condiciones sociales y/o económicas a mejorar	
<p>En 1990 el 40% de los escolares se encuentran en condiciones de alta vulnerabilidad, solo el 60% terminaba la enseñanza básica y el 20% la enseñanza media.</p>	

3. Antecedentes que fundamentan la justificación del proyecto y su continuidad:

Tal y como se señaló anteriormente la educación tiene un rol estratégico en el proyecto de nación. El PSE es un aporte a la equidad para la formación del recurso humano y aprovechamiento de los talentos de un país.

En 1990, en escolares se encontraba un 12 % de problemas visuales, un 4,5 % de problemas auditivos, un 10 a 12 % de problemas de columna y de pie.

En el diagnóstico realizado en el Centro Comunitario de Salud Mental, (COSAM) Pudahuel (1994) de 1050 casos atendidos cerca del 80% corresponden a niños y jóvenes cuyas situaciones se relacionan con :

- 30,8% problemas conductuales en la escuela
- 26,7 % problemas de rendimiento
- 9,5 % relaciones familiares
- 8,8 % problemas de conducta en la casa
- 8,8 % trastornos emocionales

La escuela es un lugar privilegiado para realizar intervenciones ya que es la unidad organizacional más pequeña y ampliamente distribuida del estado. Su rol como entidad protectora y formadora en salud está probada, por ello, las intervenciones allí implementadas permiten asegurar una cobertura universal y hacen posible actividades de seguimiento en el tiempo y mediciones de impacto.

(b) Legales

La asistencialidad escolar existe desde la ley de instrucción primaria en 1920, con el auxilio de alimentación y vestuario a través de juntas comunales. Desde 1953 se crea la JUNAE( Junta Nacional de auxilio escolar) y posteriormente en 1964 la JUNAEB ( Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas)

(c) Administrativos

JUNAEB es una institución presente a lo largo de todo el país con oficinas regionales y provinciales que puede llegar a las escuelas mas alejadas del país. esto facilita la implementación de programas nacionales y asegura coberturas en lugares rurales y de difícil acceso dando paso a la equidad.

El programa de Salud Escolar no definió antecedentes que fundamentan la justificación del proyecto a nivel de políticas de inversión, y constitucionales.

**III. IDENTIFICACIÓN DEL FIN DEL PROGRAMA/PROYECTO**

1. ¿Cuál es el fin planteado por el programa/proyecto?

**Apoyar íntegramente a estudiantes vulnerables, a fin de contribuir a la igualdad de oportunidades frente a la educación**

2. ¿Cuáles son los indicadores definidos para medir el cumplimiento del fin del programa/proyecto?

**Disminución de la tasa de deserción escolar  
Disminución de la tasa de repitencia escolar  
Mejoramiento del rendimiento**

3. ¿Cuáles son las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de fin se ha propuesto el programa/proyecto?

**El Programa de Salud Escolar no señala metas.**

<p>4. ¿Cuáles son los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el fin del programa/proyecto se ha logrado?</p> <p><b>4.1. Registros MINEDUC por región y por establecimientos</b>  <b>4.2. Prueba SIMCE</b></p>
<p>5. ¿Cuál es el nivel o grado de cumplimiento del fin del programa/proyecto?</p> <p><b>El grado de cumplimiento del fin del Programa no se ha medido.</b></p>
<p>6. ¿Cuáles son los supuestos necesarios para la "sustentabilidad" de los beneficios generados por el programa/proyecto?</p> <p>A nivel de otras instituciones públicas</p> <p><b>Debe existir una política país y del sector dirigida a la inserción y permanencia de los estudiantes vulnerables en el sistema escolar.</b></p>
<p><b>El programa no ha definido supuestos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras</b></li> <li>• <b>A nivel de condiciones sociales</b></li> <li>• <b>A nivel de condiciones económicas</b></li> <li>• <b>A nivel de condiciones políticas</b></li> <li>• <b>A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras</b></li> </ul>
<p><b>IV. IDENTIFICACIÓN DEL PROPOSITO DEL PROGRAMA/PROYECTO</b></p>
<p>1. ¿Cuál es el propósito planteado por el programa/proyecto?</p> <p><b>Mejorar la salud de escolares de escuelas Municipales y Particulares Subvencionadas, resolviendo problemas de salud vinculado con rendimiento e inserción escolar</b></p>
<p>2. ¿Cuáles son los indicadores definidos para medir el cumplimiento del propósito del programa/proyecto?</p> <p><b>2.1 Porcentaje de escolares que fueron asistidos por el programa, que egresan de enseñanza básica</b>  <b>2.2 Rendimiento escolar comparado entre niños con tratamiento de salud del P.S.E y niños sanos.</b>  <b>2.3. Porcentajes de niños tratados, en relación a los pesquisados con problemas.</b></p>
<p>3. ¿Cuáles son las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de propósito se ha propuesto el programa/proyecto?</p> <p><b>3.2.1 90%</b>  <b>3.2.2 Obtener resultados similares en ambos grupos</b>  <b>3.2.3. 80%</b></p>
<p>4. ¿Cuáles son los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el propósito del programa/proyecto se ha logrado?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estadística de la unidad de Salud Escolar.</b></li> <li>• <b>Informe de necesidad de atención de los establecimientos,</b></li> <li>• <b>Formularios de derivación</b></li> <li>• <b>Informe de los especialistas</b></li> </ul>

<p>5. ¿Cuál es el nivel o grado de cumplimiento del propósito del programa/proyecto?</p> <p>No se puede ver el nivel o grado de cumplimiento ya que para el:</p> <p>3.2.1 se requiere un estudio de impacto</p> <p>3.2.2 se requiere una investigación específica</p> <p>3.2.3. se necesita el soporte computacional para realizar el seguimiento de los niños.</p>
<p>6. ¿Cuales son los supuestos que deben ocurrir para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Fin del mismo?</p> <p>A nivel de otras instituciones públicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación y apoyo permanente del MINEDUC y del MINSAL</li> <li>• Incorporación del Programa al PADEM</li> </ul> <p>A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras</p> <p>Anuencia de sociedades científicas, ello porque para los programas de Salud pública es fundamental contar con su apoyo en el trabajo relacionado a diagnóstico, normas técnicas y disponibilidad de especialistas entre otros. Esto atraviesa todos los componentes del programa.</p> <p>El programa no ha definido supuestos :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras</li> <li>• A nivel de condiciones sociales</li> <li>• A nivel de condiciones económicas</li> <li>• A nivel de condiciones políticas</li> </ul>
<p><b>V. IDENTIFICACIÓN DE COMPONENTES DEL PROGRAMA/PROYECTO</b></p> <p>Identificación de los componentes que produce el programa/proyecto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Atenciones médicas a escolares en el área de oftalmología, otorrinolaringología y ortopedia</li> <li>2.- Profesores, profesionales de Atención primaria, coordinadores comunales y padres capacitados en salud escolar</li> <li>3.- Programa piloto de Salud Mental implementado en 6 escuelas de la comuna de Pudahuel, validado para ser replicado</li> <li>4.- Producción de material educativo de promoción de la salud para la escuela</li> </ol>
<p><b>5.1 Componente : ATENCIONES MÉDICAS A ESCOLARES EN EL ÁREA DE OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA Y ORTOPEDIA</b></p> <p><u>Descripción del Componente :</u></p> <p>Los niños pesquisados en la escuela con problemas en las especialidades de oftalmología, otorrino y ortopedia, y confirmados posteriormente en la atención primaria son atendidos por médicos especialistas que previamente han establecido convenio con JUNAEB. Si el niño requiere exámenes diagnósticos y/o tratamiento de su patología, JUNAEB financia estas prestaciones( audífonos, lentes, plantillas, tratamiento farmacológico para patologías de otorrino, adaptación del audífono, exámenes como audiometrías, impedanciometrías, BERA, estudio de estrabismo, radiografías, desde 1996 intervenciones quirúrgicas para estrabismo y mucositis timpánica, exámenes preoperatorios.) El tipo de convenio depende de cada realidad regional, incluso en algunos casos viajan especialistas desde otras regiones.</p>

<p>1. ¿Cuáles son los indicadores definidos para medir el cumplimiento de este componente?</p> <p>5.1.1. Porcentaje de estudiantes con diagnostico de problemas visuales, auditivos y posturales en relación al universo</p> <p>5.1.2. Porcentaje de niños con patología visual y/o auditiva que mejoran tras el tratamiento</p> <p>5.1.3. Porcentaje de niños que estabilizan su patología de columna tras el tratamiento</p> <p>5.1.4. Porcentaje de niños con patología grave pesquisado posteriormente</p> <p>5.1.5. Porcentaje de niños que usan los tratamientos a los tres meses de haberlos recibido</p>																							
<p>2. ¿Cuáles son las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de este componente se ha propuesto el programa/proyecto?</p> <p>2.1.1 Porcentaje de estudiantes con diagnostico de problemas visuales, auditivos y posturales en relación al universo :</p> <p>META : 7% visual, 2,5% auditivo, 2,2% escoliosis, 3% problema de pie</p> <p>2.1.2. Porcentaje de niños con patología visual y/o auditiva que mejoran tras el tratamiento :</p> <p>META : 85%</p> <p>2.1.3. Porcentaje de niños que estabilizan su patología de columna tras el tratamiento:</p> <p>META : 70%</p> <p>2.1.4. Porcentaje de niños con patología grave pesquisado posteriormente:</p> <p>META 10%: tras la primera reunión con el panel el P.S.E. se consideró muy elevada, tomando en cuenta que hay falsos positivos y en consecuencia la probabilidad de estos hallazgos son bajos.</p> <p>2.1.5. Porcentaje de niños que usan los tratamientos a los tres meses de haberlos recibido</p> <p>META: 70%</p>																							
<p>3. ¿Cuáles son los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que este componente del programa/proyecto se ha logrado?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes de gestión del programa salud escolar.</li> <li>• Estadísticas de la Unidad de Salud Escolar de JUNAEB, registro de los formularios de atención y de las encuestas de seguimiento,</li> <li>• Informe de compromisos de gestión</li> <li>• Normas técnicas</li> <li>• Informe evaluativo 92- 96 Bco Mundial</li> </ul>																							
<p>4. ¿Cuál es el nivel o grado de cumplimiento de este componente del programa/proyecto?</p> <p>4.1 . En la tabla siguiente se muestra el Porcentaje de estudiantes con diagnostico de problemas visuales, auditivos y posturales en relación al universo. En todos ellos se observa un nivel de cumplimiento por sobre la meta planteada.</p> <p><b>Tabla N 1 Porcentaje de estudiantes con diagnostico de problemas visuales, auditivos, y posturales en relación al universo</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Oftalmología</th> <th>Otorrino</th> <th>Ortopedia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1994</td> <td>15,9 %</td> <td>7,2 %</td> <td>17,0 %</td> </tr> <tr> <td>1995</td> <td>16,45 %</td> <td>6,63 %</td> <td>17,3 %</td> </tr> <tr> <td>1996</td> <td>15,16 %</td> <td>7,58 %</td> <td>17,87%</td> </tr> <tr> <td>1997</td> <td>15,72 %</td> <td>7,26 %</td> <td>17,68 %</td> </tr> </tbody> </table>				Año	Oftalmología	Otorrino	Ortopedia	1994	15,9 %	7,2 %	17,0 %	1995	16,45 %	6,63 %	17,3 %	1996	15,16 %	7,58 %	17,87%	1997	15,72 %	7,26 %	17,68 %
Año	Oftalmología	Otorrino	Ortopedia																				
1994	15,9 %	7,2 %	17,0 %																				
1995	16,45 %	6,63 %	17,3 %																				
1996	15,16 %	7,58 %	17,87%																				
1997	15,72 %	7,26 %	17,68 %																				

<p>4.2 Con respecto a los restantes indicadores no se puede ver grado de cumplimiento ya que existen los datos pero no están procesados.</p> <p>4.3 El porcentaje de niños con patología grave pesquisado posteriormente aun no ha sido medido</p>
<p>5. Supuestos que deben ocurrir a nivel de este componente para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo</p> <p>(a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras</p> <p><b>a.1 Apoyo y cooperación de las Municipalidades en la intervención de salud escolar</b></p>
<p>(c) A nivel de condiciones sociales</p> <p><b>c.1. Incorporación activa de las familias en las actividades del programa</b></p>
<p>(f) A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras</p> <p><b>f.1 Que en la región exista disponibilidad de profesionales especialistas.</b></p>
<p><b>El programa no ha definido supuestos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>A nivel de otras instituciones públicas</b></li> <li>• <b>A nivel de condiciones económicas</b></li> <li>• <b>A nivel de condiciones políticas</b></li> </ul>
<p>6. Presentación del para qué y/o para quienes se produce este componente del programa/proyecto</p> <p>(a) Caracterización socioeconómica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa/proyecto</p> <p><b>Todos los escolares de escuelas subvencionadas del país esto corresponde alrededor del 93% de la matrícula de Chile, el 7 % restante pertenece a la matrícula de los colegios pagados que no integran la población beneficiaria del PSE.</b></p>
<p>(b) Presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos</p> <p><b>b.1 Beneficiarios Directos :</b>  <b>Programa incremental: se inicia en 1992, incorporando cada año a los 1° básico que ingresan al sistema escolar, y manteniendo en control a la población del año anterior, a la vez que se pesquisan e incorporan al programa aquellos nuevos casos que se presentan, en los cursos superiores. El siguiente cuadro gráfica el sistema.</b></p> <p><b>1992 1° Básico</b>  <b>1993 1° 2°</b>  <b>1994 1° 2° 3°</b>  <b>1995 1° 2° 3° 4°</b>  <b>1996 1° 2° 3° 4° 5°</b>  <b>1997 1° 2° 3° 4° 5° 6°</b>  <b>1998 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7°</b>  <b>1999 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° 8°</b></p> <p><b>b.2 Beneficiarios indirectos :</b>  <b>La familia y el Municipio. El programa ha impulsado un trabajo intersectorial a nivel local que ha ido dando frutos que apuntan al desarrollo local.</b></p>

(c) Identificación del número real de beneficiarios que utiliza este componente producido por el programa/proyecto

**Tabla N° 2 . Número de niños atendidos por Programa de Salud Escolar**

<b>Año</b>	<b>Matricula total</b>	<b>Evaluado por. prof 1° básico</b>	<b>Atendidos por especialista</b>	<b>cumplimiento según lo programado</b>
1994	812.478	266.876	101.647	77,4 %
1995	1.119.533	272.463	119.842	96.9%
1996	1.277.009		125.656	96,4%
1997	no está el dato aún			

(d) Caracterización socioeconómica de los beneficiarios reales finales del programa

Corresponden a los mismos descritos en los potenciales beneficiarios. En el año 1995 se realizó un estudio donde se mostró que el 89,58% de los beneficiarios correspondían a niños con necesidad.

7. ¿Cómo y cuándo utilizan este componente los beneficiarios?

Al inicio del año escolar los alumnos de primero básico con problemas, son pesquisados por el profesor, luego; referidos a la atención primaria. Allí, en el consultorio o posta se realiza el diagnostico y su posterior derivación al medico especialista ( oftalmólogo, otorrino o traumatólogo).

El programa dispone de formularios para la atención en los distintos niveles de atención.

JUNAEB establece convenios con personas naturales y /o jurídicas , públicas, y/o privadas para la atención de los niños.

Los lugares de atención de especialistas se organizan según las necesidades de cada Comuna, en algunos casos los especialistas viajan a una comuna donde se convoca un numero determinado de niños , en otros casos son los niños los que son trasladados a los centros de atención .

8. Cuales son los efectos del uso que los beneficiarios hacen de este componente del programa

8.1. Solucionar una demanda de salud de un niño con la atención del especialista y la resolución de su patología a través del tratamiento indicado ( entrega de audífonos, lentes o plantillas).

8.2. Según encuestas realizadas a profesores el tratamiento otorgado, mejora el rendimiento del escolar, a la vez que da respuesta a una necesidad sentida por el apoderado, por el profesor y el alumno con dichos problemas.

8.3. También los padres y escolares aseveran que su rendimiento escolar mejora, tienen mas destrezas y mas interés en ciertas áreas reflejado esto en una mayor incorporación a las actividades escolares que requieren actividad física.

**5.2 Componente : PROFESORES, PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA, COORDINADORES COMUNALES Y PADRES CAPACITADOS EN SALUD ESCOLAR.**

**Descripción del Componente:**

Este componente del programa se inicia en 1990 dos año antes de la atención de especialista. Esta orientado a la capacitación de profesores y funcionarios de atención primaria en la pesquisa de problemas de salud , fortalecimiento de la intersectorialidad salud/educación, y articulación de redes para el funcionamiento del componente asistencial. En estos espacios de capacitación (Jornadas,Talleres,entre otros) se establecen criterios de derivación tanto del

profesor como de la atención primaria, se articulan y organizan la red para el seguimiento de los beneficiarios en termino de acceso, calidad de los servicios y uso de los tratamientos entregados.

El año 1993 se incorpora la capacitación a los apoderados para apoyar los tratamientos entregados .

1. ¿Cuáles son los indicadores definidos para medir el cumplimiento de este componente?

1.1 Porcentaje de profesores que aplican en la actividad de pesquisa lo aprendido en los talleres

1.2 Disminución de los falsos positivos, entre 1992 y 1997

1.3. Numero de comunas con planes comunales de salud escolar.

1.4. Porcentaje de padres que asisten con sus hijos a controles.

2. ¿Cuáles son las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de este componente se ha propuesto el programa/proyecto?

2.1.1 .Porcentaje de profesores que aplican en la actividad de pesquisa lo aprendido en los talleres

**META:75%**

2.1.2. Disminución de los falsos positivos, entre 1992 y 1997

**META : 50% oft., 49% pie**

2.1.3. Numero de comunas con planes comunales de salud escolar.

**META : 70%**

2.1.4. Porcentaje de padres que asisten con sus hijos a controles.

**META : 60%**

3. ¿Cuáles son los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que este componente del programa/proyecto se ha logrado?

3.2.1.1. no existe medio de verificación para el porcentaje de profesores que aplican en la actividad de pesquisa lo aprendido en los talleres.

3.2.1.2. Estadísticas de la unidad de salud escolar de JUNAEB

3.2.1.2. Informes de gestión

3.2.1.3. Informes de gestión regional

3.2.1.4. no registrado

4. ¿Cuál es el nivel o grado de cumplimiento de este componente del programa/proyecto?

4. 1. El porcentaje de profesores que aplican en la actividad de pesquisa lo aprendido en los talleres es un indicador que no está medido.

4.2 . La disminución de los falsos positivos se muestra en la tabla siguiente:

Tabla N° 3 Tasa de falsos positivos Programa de Salud escolar

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Oftalmio	28 %	19.7%	16.3 %	12.4%	no están los datos	
Otorrino	16 %	14.6%	14 %	13.5%	no están los datos	
Traumato	29 %	32.5 %	18 %	16.1%	no están los datos	

La evolución del porcentaje de sanos que llega al especialista ha ido disminuyendo, lo que refleja el esfuerzo realizado para lograr este resultado. Esto significa una mejor utilización de los recurso en los niños que realmente lo necesitan.

4.3 Con respecto a los dos indicadores siguientes," numero de comunas con planes comunales de salud escolar" y "porcentaje de padres que asisten con sus hijos a control", la información se está recolectando a partir de 1998 por lo tanto aun no se cuenta con cifras para ver su cumplimiento.

5. Supuestos que deben ocurrir a nivel de este componente para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo

El Programa de Salud escolar no ha definido supuestos para el componente Profesores, profesionales de Atención Primaria, coordinadores comunales y padres capacitados en salud escolar.

- A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras
- A nivel de otras instituciones públicas
- A nivel de condiciones sociales
- A nivel de condiciones económicas
- A nivel de condiciones políticas
- A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras

6. Presentación del para qué y/o para quienes se produce este componente del programa/proyecto

(a) Caracterización socioeconómica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa/proyecto

**Profesores y apoderados de Escuelas subvencionadas, personal de consultorios y postas de Atención Primaria y funcionarios de JUNAEB.**

(b) Presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos

**b.1 Los beneficiarios directos son los Profesores y apoderados de Escuelas particulares subvencionadas y municipales, personal de consultorios y postas de Atención Primaria y funcionarios de JUNAEB.**

**b.2 Los beneficiarios indirectos son los alumnos y sus familias que se ven beneficiados cuando la realización de pesquisa de las patologías mejora, cuando el apoderado entiende el problema del niño, y comprende la importancia del uso del tratamiento y la relevancia de los controles posteriores.**

(c) Identificación del número real de beneficiarios que utiliza este componente producido por el programa/proyecto

**Tabla N° 4 Numero de actividades realizadas, N°de comunas asistentes y N°de participantes por año**

	1994		1995		1996		1997
Actividad	n° comuna		n° comuna		n° com		n° com
Talleres de CAPACITACIÓN	164	197	143	172	175	214	no están los datos
Numero de participantes	5.922		4.815		4.063		
Jornadas de PROGRAMACIÓN	36	141	119	319	106	271	
Numero de participantes	931		878		1.754		
Jornadas de EVALUACIÓN	35	no esta	45	305	97	283	
Numero de participantes	1.315		826		1.406		
Talleres de APODERADOS	11	11	46	35	29	21	
Numero de participantes	610		919		1.388		
Talleres de COORDINADORES comunales <sup>1</sup>	43		12	101	5	51	
Numero de participantes	45		156		188		
Talleres de A.PRIMARIA	3	no esta	9	130	8	42	
Numero de participantes	140		268		155		
Supervisores JUNAEB	2		13	82	9	9	
Numero de participantes	45		43		66		
OTROS (especialistas y prestadores de apoyo)					2		
Numero de participantes					232		

En los documentos entregados en los años 1994 y 1995 se observa mas de un 100 % de cumplimiento de lo programado. En el año 1996 se cumple el 100% de lo programado en los talleres de capacitación y jornadas de programación, en cambio en las jornadas de evaluación se cumple un 97% de lo programado. El análisis del cumplimiento del año 1997 está en proceso de consolidación.

(d) Caracterización socio-económica de los beneficiarios reales finales del programa

**Los mismos que (a)**

7. ¿Cómo y cuándo utilizan este componente los beneficiarios?

A comienzos del año escolar se realizan las capacitaciones a los profesores, y las jornadas de programación de las necesidades de atenciones para los escolares. Este es un trabajo conjunto entre escuela, consultorio, municipio y JUNAEB. Las jornadas de evaluación se realizan al final del año en todas las comunas del país agrupadas por provincias con participación de autoridades locales, coordinadores comunales, profesores coordinadores de salud de escuela, profesionales de la atención primaria, prestadores, apoderados y coordinadores de JUNAEB. La capacitación a los apoderados se realizan en el transcurso del año.

8. ¿Cuáles son los efectos del uso que los beneficiarios hacen de este componente del programa?

- Mejora la pesquisa de los niños enfermos
  - Se realiza programación local.
  - Se produce la coordinación entre los diferentes actores de la red
  - Participación de los padres para mejor utilización de los beneficios
  - Mejorar la implementación del programa a través de las evaluaciones participativas.
- Mientras mejor sea la pesquisa del profesor y la coordinación del programa se lograra que llegue al especialista el alumno que realmente esta enfermo. Por otro lado el apoderado aumenta sus conocimientos con respecto a la patología de su hijo y puede apoyarlo en el uso de su tratamiento. Esto puede hacerlo extensivo al resto de la familia.

### **5.3 COMPONENTE PROGRAMA PILOTO DE SALUD MENTAL IMPLEMENTADO EN 6 ESCUELAS DE LA COMUNA DE PUDAHUEL, VALIDADO PARA SER REPLICADO**

El proyecto de Salud Mental es un estudio que se encuentra en etapa de aplicación experimental, posterior a esta validación se efectuará el diseño de Programa asistencial para su desarrollo .

Desde 1992 JUNAEB se ha preocupado por este tema financiando:

- Parte de la investigación PESQUISA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ESCOLARES DE 1 ER CICLO BÁSICO EN EL ÁREA OCCIDENTE DE SANTIAGO
- La puesta en marcha de las etapas I y II de la implementación del programa de Salud Escolar 1er ciclo básico realizados por COSAM - CAP, Pudahuel y el Ministerio de Salud ( Unidad de Salud Mental) Años 1995 y 1996 (Las etapas se describen en el punto VI.2.a.3, de la pág.17)

La etapa N° III de este programa de Salud Mental en el año 1997 JUNAEB la incorpora como componente pero como un estudio que se encuentra en etapa de aplicación experimental.

En el año 1998 se desarrolla la etapa I en las comunas de Rancagua, Ñuñoa, Estación Central, y continua en Pudahuel.

**Descripción:**

Este componente promueve factores protectores de la salud mental en todos los niños, modifica los factores de riesgo psicosocial y comportamientos desadaptativos en los niños que los presentan, detecta y trata oportunamente a los que presentan trastornos.

1. ¿Cuáles son los indicadores definidos para medir el cumplimiento de este componente?

1.3.1. Niños atendidos que mejoran su salud mental en relación a niños de escuelas no intervenidos.

1.3.2. Al cabo de cuatro años contar con modelo para ser replicado

2. ¿Cuáles son las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de este componente se ha propuesto el programa/proyecto?

2.3.1. 45 %

<p>3. ¿Cuáles son los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que este componente del programa/proyecto se ha logrado?</p> <p><b>3.3.1 informe de estudio evaluativo</b></p> <p><b>3.3.2. en proceso</b></p>
<p>4. ¿Cuál es el nivel o grado de cumplimiento de este componente del programa/proyecto?</p> <p><b>Hay un cumplimiento de un 100 % de la meta..</b></p> <p><b>En 1998 se aplica a la cobertura del Plan Piloto en 4 comunas: Rancagua, Ñuñoa, Estación Central y continúa la experiencia de Pudahuel.</b></p>
<p>5. Supuestos que deben ocurrir a nivel de este componente para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo</p> <p>A nivel de otras instituciones públicas</p> <p><b>Municipalidades interesadas en desarrollar un programa de salud mental</b></p> <p><b>El municipio financia los recursos humanos y materiales de los COSAM para el desarrollo de este programa.</b></p> <p><b>Es importante señalar el apoyo activo y técnico del Ministerio de Salud</b></p>
<p>El programa no ha definido supuestos :</p> <p>(a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras</p> <p>(b) A nivel de condiciones sociales</p> <p>(c) A nivel de condiciones económicas</p> <p>(d) A nivel de condiciones políticas</p> <p>(e) A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras</p>
<p>6. Presentación del para qué y/o para quienes se produce este componente del programa/proyecto</p> <p>(a) Caracterización socioeconómica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa/proyecto</p> <p><b>Alumnos, profesores y apoderados de escuelas municipales de la comuna de Pudahuel.</b></p>
<p>(b) Presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos</p> <p><b>En el año 1997 el universo total de potenciales beneficiarios fueron las familias de 12.000 niños y jóvenes y profesores de escuelas municipales de la comuna de Pudahuel.</b></p>
<p>(c) Identificación del número real de beneficiarios que utiliza este componente producido por el programa/proyecto</p> <p><b>En la etapa III correspondiente al programa desarrollado en la comuna de Pudahuel 1997</b></p> <p><b>Los beneficiarios DIRECTOS fueron 839 niños de 3° básico de los cuales 227 niños correspondían al grupo de seguimiento .</b></p> <p><b>Los beneficiarios INDIRECTOS fueron</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 839 apoderados</li> <li>• 43 entre los que se contaban profesores, directores de escuela, orientadores y técnicos de la corporación municipal</li> </ul> <p><b>La identificación real de los beneficiarios depende del numero de escuelas a intervenir y su matrícula. Por ejemplo para 1998 la comuna de Estación Central parte con 10 cursos de 1° básico, 377 escolares, 83 profesores, 754 padres.</b></p>
<p>(d) Caracterización socioeconómica de los beneficiarios reales finales del programa</p> <p><b>El índice de vulnerabilidad JUNAEB de las escuelas que entraron en este programa era entre 49,57% al 28,52 % para el año 1998</b></p>
<p>7. ¿Cómo y cuándo utilizan este componente los beneficiarios?</p> <p><b>En el transcurso del año escolar .</b></p>
<p>8. ¿Cuáles son los efectos del uso que los beneficiarios hacen de este componente del programa?</p> <p><b>El informe de evaluación realizado desde la experiencia de la intervención realizada en Pudahuel señala que el programa eleva efectivamente el nivel de salud mental de los niños y prueba la factibilidad de su implementación en escuelas municipalizadas.</b></p> <p><b>El numero de niños sin perfil de riesgo despues de la intervención del programa Salud Mental en la escuela aumenta considerablemente como se observa en la tabla siguiente.</b></p>

**Tabla N 5 Distribución del PERFIL CONDUCTUAL según TOCA (cuestionario de observación del comportamiento en la sala de clases ) en el grupo en estudio**

Perfil	1995	1997
Sin perfil de riesgo	67%	78,4%
Con perfil de riesgo	33%	21.6%

A continuación se entregan algunos resultados del informe de evaluación donde se compara el grupo de niños en 1° básico y el mismo grupo en 3° básico observándose en todas ellas una mejoría en el año 1997 después de la intervención realizada por el Programa de Salud Mental.

**Tabla N 6 Comparación del PROGRESO ACADEMICO de los alumnos en 1 básico y Posteriormente en 3 básico**

Calificación	1995		1997	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Bueno	60,8 %	71,6 %	72,6 %	78,3%
Regular	25,4 %	21,9%	23,6 %	19,2%
Malo, probable fracaso	13,8 %	6,5 %	3,8 %	2,5%

**Tabla N 7 Comparación de la CONDUCTA de los alumnos en 1 básico y posteriormente en 3 Básico**

Calificación	1995		1997	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Bueno	59,9%	82,4%	72,6 %	87,5%
Regular	27,6%	16,1%	23,6%	11,7%
Malo, probable fracaso	12,4%	1,4%	3,7%	0,8%

En esta misma etapa de evaluación en las encuestas realizadas a apoderados, profesores, orientadores y directivos se constató que la principal utilidad de este programa de Salud Mental era el beneficio directo y la atención especializada hacia aquellos niños que presentaban algún tipo de problema. Solo los directivos, orientadores y representantes de la corporación municipal visualizaron como utilidad del programa la sensibilización en el tema de salud mental.

Con respecto a los niños tratados al Félix Bulnes por especialista, la familia refiere mejoramiento de sus aprendizajes escolares.

Con respecto a los niños que participaron en el programa de apoyo psicosocial en COSAM se observó una importante recuperación. Los padres percibieron la importancia de contar con apoyo profesional para superar los problemas de sus hijos.

### **5.3 COMPONENTE PRODUCCIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA LA ESCUELA**

#### **Descripción:**

**Proporcionar herramientas concretas a las Unidades educativas en el área de la salud, a fin de que estas avancen en el proceso de generar espacios de vida Saludable y autocuidado.**

1. ¿Cuáles son los indicadores definidos para medir el cumplimiento de este componente?  
**Porcentaje de escuelas y o comunas que cuentan con material educativo en relación a las metas propuestas.**

2. ¿Cuáles son las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de este componente se ha propuesto el programa/proyecto?  
**90%**

3. ¿Cuáles son los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que este componente del programa/proyecto se ha logrado?

- Informe de TELEDUC
- circular de distribución de videos
- red enlace

<p>4. ¿Cuál es el nivel o grado de cumplimiento de este componente del programa/proyecto?  <b>Capacitación al 100% de los 3000 profesores a través de TELEDUC</b>  <b>Software educativo JUNAMIGOS distribución a través de la red Enlace a 1800 escuelas</b>  <b>En 1997 se desarrollaron 24 proyectos con intervención en 27 escuelas, estimada de 20.679 beneficiarios directos distribuidos en:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alumnos 11.875</li> <li>• padres 8.395</li> <li>• profesores 385</li> </ul> <p><b>No tenemos datos en cumplimiento de entrega de videos.</b></p>
<p>5. Supuestos que deben ocurrir a nivel de este componente para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo  <b>El Programa de Salud Escolar no a señalado supuestos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras</li> <li>• A nivel de otras instituciones públicas</li> <li>• A nivel de condiciones sociales</li> <li>• A nivel de condiciones económicas</li> <li>• A nivel de condiciones políticas</li> <li>• A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras</li> </ul>
<p>6. Presentación del para qué y/o para quienes se produce este componente del programa/proyecto</p> <p>a. Caracterización socioeconómica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa/proyecto  <b>Corresponden a los alumnos , profesores, y apoderados de escuelas subvencionadas.</b>  <b>TELEDUC</b>  <b>Los beneficiarios directos del TELEDUC son 3000 profesores becados por JUNAEB según los siguientes criterios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antigüedad en el P.S.Escolar, a lo menos un año</li> <li>• que el participante tenga nominación oficial en el cargo</li> <li>• priorización de aquellos que no cuentan con capacitación en salud escolar, durante los tres últimos años</li> <li>• pertenecientes a escuelas rurales</li> <li>• pertenecientes a comunas MIDEPLAN</li> <li>• pertenecientes a escuelas mas vulnerables de la región y o comuna</li> <li>• que cuenten con el visto bueno del director de la escuela</li> <li>• que hayan participado en actividades de promoción de salud en su escuela o comuna</li> <li>• que sea una persona con perspectiva de aporte al P.S.E.</li> </ul> <p><b>RED ENLACE</b>  <b>Los beneficiarios de la RED ENLACE corresponde a los alumnos de todas las escuelas del país que estén conectados a la red. La cifra alcanza en 1998 cerca de 1800 establecimientos distribuidos a lo largo del país.</b></p> <p><b>PROYECTOS</b>  <b>En 1997 se desarrollaron 24 proyectos, 66,6 % del área rural, con intervención en 27 escuelas, con 20.679 beneficiarios (aprox.) directos .</b></p>
<p>(b) Presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos  <b>Toda la comunidad escolar</b></p>
<p>(c) Identificación del número real de beneficiarios que utiliza este componente producido por el programa/proyecto  <b>Cuando se trata de proyectos en la escuela los beneficiarios directos corresponden a quienes vaya dirigidos las actividades y los indirectos son el resto de la familia y otras personas de la comunidad escolar que no estén involucrados directamente en los cursos.</b></p>

**En 1997 se desarrollaron 24 proyectos con intervención en 27 escuelas, estimada de 20679 beneficiarios directos distribuidos en un 66,6 % del area rural**

- **alumnos 11.875**
- **padres 8.395**
- **profesores 385**

**(d) Caracterización socio-económica de los beneficiarios reales finales del programa**

**Con respecto a los proyectos que concursaron el año 1997 el 66% correspondió a proyectos rurales .**

**Con respecto a las becas otorgadas a los profesores, estas se focalizan hacia aquellos docentes que vienen de comunas rurales, pobres y de escuelas mas vulnerables.**

**Programas como el TELEDUC llega a todo el país y diferentes niveles socio económicos.**

**7. ¿Cómo y cuándo utilizan este componente los beneficiarios?**

**Para los proyectos se postula hasta fines de marzo. Existen criterios claros y formularios específicos para la postulación. El proyecto se desarrolla a lo largo del año escolar.**

**La red enlace se utiliza en aquellas escuelas que estan conectadas a lo largo del pais durante el transcurso del año escolar.**

**Con respecto al TELEDUC la duración del curso son 120 horas pedagógicas distribuida en 14 semanas entre los meses de Agosto a Diciembre. El curso es reconocido en el Registro público nacional de perfeccionamiento para la aplicación de la ley N° 19070.**

**8. ¿Cuáles son los efectos del uso que los beneficiarios hacen de este componente del programa?**

**La evaluación del TELEDUC consistió en una encuesta que tuvo un retorno del 92,7%. Los estudiantes en promedio calificaron con nota 6,5 Re aprobaron el 20,7%.**

**Comentarios generales sobre el curso:**

- **les permitió aclarar sus dudas y conocer bien la labor del encargado de salud**
- **resulta excelente para proyectarse y estar atentos frente a eventos imprevistos que pueden presentarse en el colegio**
- **les permite conocer el rol que debe asumir el profesor en cada uno de los ámbitos tratados**
- **es muy útil para el desarrollo de las actividades inherentes al rol de coordinador de salud en la escuela**
- **tiene un excelente nivel académico**
- **es una valiosa herramienta teórica-practica para trabajar las distintas temáticas en la escuela**
- **permite afianzar y respalda la aplicación del programa de salud en la escuela**
- **resulta muy oportuno para aclarar problemas específicos de los estudiantes relacionado con la vista, oído, nutrición o postura.**

**No tenemos documentación de evaluaciones por parte de los participantes o de las escuelas que recibieron los materiales. ni de la red enlace.**

## **VI. IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA/PROYECTO**

**1. Indicar las actividades que se debe cumplir para completar cada uno de los Componentes del programa/proyecto**

**1.1. COMPONENTE ATENCIONES MÉDICAS A ESCOLARES EN LAS ÁREAS DE OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA Y ORTOPEDIA :**

**1.1.1 Programación**

**1.1.2. Pesquisa en la escuela**

**1.1.3. derivación y atención en el consultorio**

**1.1.4. Diagnostico tratamiento, control**

**1.1.5. Seguimiento de uso de tratamiento**

**1.1.6. Generación de red de prestadores.**

**1.1.7. Trabajo con consultivos por especialidades**

**1.1.8. Efectuar licitaciones**

<p><b>1.1.9 crear y alimentar red local</b></p> <p><b>1.1.10. Investigaciones</b>  estudio de impacto  participación de los padres  <b>ISAPRES</b></p>
<p><b>1.2 COMPONENTE PROFESORES , PROFESIONALES DE LA A.P. COORDINADORES COMUNALES CAPACITADOS:</b></p> <p><b>1.2.1 talleres y jornadas en temas de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>pesquisa</b></li> <li>• <b>cuidado y uso de tratamiento</b></li> <li>• <b>gestión territorial</b></li> <li>• <b>escuelas saludables.</b></li> </ul>
<p><b>1.3. COMPONENTE PROGRAMA PILOTO DE SALUD MENTAL IMPLEMENTADO EN 6 COMUNAS DE PUDAHUEL, VALIDADO PARA SER REPLICADO:</b></p> <p><b>1.3.1. Acciones de sensibilización comunal</b></p> <p><b>1.3.2. Actividades de promoción y prevención</b></p> <p><b>1.3.3. Asesoría en la implementación comunal</b></p> <p><b>1.3.4. Pesquisa diagnostico y tratamiento</b></p> <p><b>1.3.5. Evaluación piloto</b></p> <p><b>1.3.6. elaboración de plan replicable</b></p>
<p><b>1.4. COMPONENTE ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO, EN PROMOCIÓN DE SALUD PARA LA ESCUELA:</b>  <b>Software, videos, manuales, TELEDUC, memoria etc.</b></p>
<p><b>2. Descripción de los sistemas de producción de los componentes</b></p>
<p><b>(a.1) Descripción de los mecanismos mediante los cuales se producen los componentes</b></p>
<p><b>COMPONENTE ATENCIONES MEDICAS A ESCOLARES EN EL AREA DE OFTALMOLOGIA OTORRINOLARINGOLOGIA Y ORTOPEdia.</b></p> <p><b>2.1.1 Programación intersectorial entre JUNAEB, Atención Primaria , Municipio y escuela</b></p> <p><b>2.1.2. Pesquisa la realiza el profesor jefe de cada curso 1° a 7° básico en 1998</b></p> <p><b>2.1.3. La escuela se contacta con el consultorio o posta que le corresponde para que se le realice un diagnostico médico</b></p> <p><b>2.1.4. La atención primaria define a aquellos niños que requieren ser vistos por médicos especialistas como otorrino, oftalmólogo y traumatólogos .</b></p> <p><b>2.1.5. El seguimiento se realiza a través de encuestas a los usuarios , apoderados, profesores de curso y profesor coordinador de salud de la escuela, a los lugares de atención y prestadores. En muchas escuelas se llevan tarjeteros de población bajo control. Además coordinadores de Salud Regionales y supervisores de JUNAEB relizan supervisiones a una muestra representativa de escuelas con instrumentos diseñados para ello.</b></p> <p><b>2.1.6 Se realizan convenios anuales con Médicos especialistas que durante los años 1992 a 1996 se distribuyeron de la siguiente manera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>privados 55,4%</b></li> <li>• <b>Servicios de salud 39,05%</b></li> <li>• <b>Corporaciones municipales y municipalidades 3,1%</b></li> <li>• <b>corporaciones y fundaciones privadas un 1,3%</b></li> <li>• <b>Universidades un 1,1%</b></li> </ul> <p><b>Se cancela por prestación otorgada. Existe un presupuesto asignado por región y por especialidad según los siguientes criterios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Matricula,</b></li> <li>• <b>prevalencias e incidencias de daño, la severidad de este y el tipo</b></li> <li>• <b>% de daño según especialidad</b></li> <li>• <b>numero de niños en control</b></li> </ul>

**2.1.7 Reuniones periódicas con un grupo de especialistas de las sociedades de Oftalmología, Otorrinolaringología y traumatología.**

**2.1.8. Anualmente se realizan licitaciones públicas y privadas para la compra de lentes y audífonos**

**2.1.9. Los coordinadores regionales de salud escolar (funcionarios de JUNAEB) estimulan permanentemente el trabajo intersectorial que compromete a la comuna tanto para la programación como para el monitoreo y la evaluación. Personaje clave a resultado ser el Coordinador comunal del Programa de Salud escolar . A través de la organización y gestión local se fortalece el nivel de acceso de los beneficiarios , la oportunidad , calidad y uso de los servicios entregados. La comunidad escolar también se ha integrado en la búsqueda de soluciones a fin de mejorar las condiciones de salud de los escolares.**

**En 1998 no alcanza el presupuesto para realizar intervenciones quirúrgicas, por lo que se deberán encausar según el sistema previsional del niño.**

**La pesquisa del profesor como el diagnostico que realiza la atención primaria no es cancelada por JUNAEB.**

#### **2.1.10 Investigaciones**

- **La investigación de impacto consiste en establecer el rendimiento en las áreas de matemática y lenguaje y un diagnostico de conductas previo a la intervención del P.S.E. .Al cabo de un año de esta intervención se vuelve a evaluar los mismos parámetros. El estudio está en proceso de análisis de la información.**
- **El estudio de los padres consiste en validar un instrumento predictor de problemas de salud, para ser trabajado por los padres. La hipótesis es que la participación de los padres mejorara significativamente la calidad de la pesquisa del profesor. Este estudio está en su etapa final.**
- **El estudio de las ISAPRES consiste en elaborar un programa que al interior del funcionamiento habitual del P.S.E, pudiera identificar los beneficiarios de ISAPRE ,para que luego la institución pueda proceder al reembolso de los recursos. Todas estas etapas están concluidas y se esta preparando prueba del sistema.**

#### **(a.2) COMPONENTE PROFESORES, PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA, COORDINADORES COMUNALES Y PADRES CAPACITADOS EN SALUD ESCOLAR.**

**Cada región define su plan de capacitación para dar cabida a la diversidad existente en el país pero siempre conforme a las orientaciones generales entregadas por el equipo nacional.**

**Desde 1993 se ha impulsado la autogestión de talleres a nivel comunal, donde JUNAEB brinda solo asesoría técnica y algunos insumos, experiencia que ha tenido una buena aceptación.**

**La promoción del desarrollo local en torno a la salud del escolar, a través del fortalecimiento del trabajo en redes en la comuna y la intersectorialidad educación y salud es el pilar básico del programa. Esto se produce al realizar las actividades de programación, evaluación y seguimiento.**

**Existe presupuesto regional que se focaliza a las comunas según los siguientes criterios:**

- **alto % de falsos positivos**
- **alta vulnerabilidad**
- **alta rotación de profesores**
- **ausencia de coordinador comunal**
- **que no haya recibido capacitación en los últimos dos años**
- **deficiencias de coordinación en la red**

**Talleres con padres:** En el año 1998 se debe realizar una experiencia por unidad territorial. JUNAEB financia locales, arriendo de equipos, almuerzos pero no se paga honorario a los docentes.

**(a.3) COMPONENTE : PROGRAMA PILOTO DE SALUD MENTAL IMPLEMENTADO EN 6 ESCUELAS DE LA COMUNA DE PUDAHUEL, VALIDADO PARA SER REPLICADO.**

Este componente está en etapa de aplicación experimental.

Se describen cada una de las etapas

**I etapa :**

1. Sensibilización, compromiso y programación intersectorial a nivel local.
2. Capacitación profesores y entrega de manual.
3. Capacitación encuestadores.
4. Aplicación encuesta.
5. Digitación.
6. Analisis de los resultados por el equipo ejecutor conjuntamente con equipo de JUNAEB.
7. Actividades de promoción de Salud en la sala de clases y en la comunidad Educativa..
8. Actividades de promoción de los protectores con los apoderados.
9. Derivación de niños con problemas severos.
10. Envío de la estadística bimensuales a JUNAEB.
11. Envío de informe de gestión anual a JUNAEB.

**II etapa :**

1. Actividades de promoción para el universo de escolares, padres y profesores..
2. Actividades de prevención para los niños con factores de riesgo.
3. Actividades de prevención para padres de niños con factores de riesgo.
4. Capacitación para los profesores de estos niños.
5. Derivación y atención especializada a los niños con problemas.
6. Seguimiento de los niños con problemas y con factores de riesgo.
7. Trabajo de coordinación intersectorial para que la red sea ágil y resolutive.
8. Estadísticas bimensuales.
9. Informe anual.
10. Programar proximo año.

**III etapa**

1. Continuar con labores generalizadas de promoción de la salud para padres, niños y profesores.
2. Mantener, reformular y enriquecer las actividades para los escolares de riesgo.
3. Seguir trabajando con los padres y profesores de estos.
4. Establecer redes entre escuelas para ir compartiendo y apoyandose en este programa..
5. Control de los niños y familias de los escolares con problemas.
6. Capacitar encuestadores.
7. Pasar los instrumentos de evaluación.
8. Digital.
9. Analizar la información.
10. Estadísticas bimensuales.
11. Informe final.
12. Programación del proximo año.

**(a.4) COMPONENTE PRODUCCIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA ESCUELA:**

- 2.4.1 Implementación y desarrollo del Curso TELEDUC” Tres niveles de intervención para una escuela Saludable” Trabajo conjunto de Coordinadores del equipo nacional con Universidad Católica
- 2.4.2 Creación de un Software educativo JUNAMIGOS destinado a niños del primer ciclo básico de las escuelas incorporadas a la red enlaces del MINEDUC en el que se encuentran juegos con contenidos educativos y cuentos que tienen relación con los problemas oftalmológicos, otorrino. y ortopedia. Trabajo conjunto de Coordinadores del equipo nacional con Universidad de la Frontera.
- 2.4.3 Participación de coordinadores nacionales JUNAEB en la comisión de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud.
- 2.4.4 Definición de criterios para adjudicación de proyectos, bases de concurso y formato específico.
- 2.4.5 Participación en Encuentros Latinoamericanos a fin de compartir experiencias
- 2.4.6 Distribución de material: actualización del manual de salud escolar, realización de normas de Otorrino, oftalmo y ortopedia , lo que significa un trabajo estrecho con los expertos, las sociedades científicas y el Ministerio de Salud.
- 2.4.7 Creación de videos sobre implementación del programa: realizados por coordinadores regionales JUNAEB
- 2.4.8 Participación en la Comisión de Vigilancia de la Salud de los Escolares convocados por la Organización Panamericana de la Salud

(b) Descripción de la organización que se ha dado el programa/proyecto para la producción de los componentes (Diseñar organigrama que incluya los niveles y organizaciones públicas y privadas que participan en el programa/proyecto y describir el rol de cada una de ellas).

**El Programa de Salud Escolar se inserta en la JUNAEB dependiente de la Jefatura de Programas Cuenta con un equipo a nivel central y equipos regionales compuestos por diversos profesionales área de la salud, educación y social.**

**Solo el coordinador nacional del programa es contratado por JUNAEB, todos los demás son contratados a honorarios.**

**Coordinadores regionales:**

- I Región 2 personas ½ jornada
- II Región 1 persona ½ jornada
- III Región 1 persona ½ jornada
- IV Región 2 personas ½ jornada
- V Región 1 personas ½ jornada y 1 persona tiempo completo
- VI Región 2 personas ½ jornada
- VII Región 2 personas ½ jornada
- VIII Región 4 personas ½ jornada
- IX Región 1 persona tiempo completo y una persona ½ jornada
- X Región 4 personas ½ jornada
- XI Región 1 persona ½ jornada
- XII Región 1 personas ½ jornada
- Región Metropolitana : 3 personas tiempo completo 1 persona ½ jornada

**El programa se basa en la pesquisa que realiza el profesor de 1<sup>a</sup> básico a comienzos del año escolar, la observación de los profesores jefes de cada curso, el trabajo realizado por el coordinador comunal, generalmente profesor. Cada uno de ellos reciben sueldo del Municipio.**

(c) Descripción de la estructura de la Gerencia del Programa/proyecto y de sus responsabilidades

**Equipo nivel Nacional**

- Medico coordinador nacional
- Tres coordinadores nacionales,
- 1 secretaria jornada completa

**1 contador auditor ½ jornada que desde 1998 se incorpora al departamento de Administración y Finanzas.**

**Funciones del Coordinador comunal ( financiado por el municipio )**

- **Elaborar la programación comunal en conjunto con los profesores de salud de cada escuela y profesional de la atención primaria.**
- **Distribuir a las escuelas el material necesario para la incorporación de los niños al programa**
- **Elaborar el resumen comunal de la necesidades de atención de cada escuela**
- **Entregar la horas de atención en las respectivas escuelas**
- **Realizar seguimiento de las acciones programadas en las escuelas**
- **Retirar periódicamente los formularios de los niños atendidos por el especialistas y enviarlos a JUNAEB**
- **Fomentar la realización de reuniones en la comunas**
- **Confeccionar el estado de avance mensual de la comuna**
- **Participar en todas las jornadas de coordinación regional a que se les convoque**

**Equipo Regional JUNAEB**

**Funciones de cada uno de estos regionales:**

- **Organizar el programa de Salud escolar en su región a nivel comunal( escuela- consultorio especialista)**
- **Realizar un catastro de todos los profesores coordinadores del programa de salud escolar de cada escuela de las comunas de la región. Como así mismo de los profesionales de salud responsables del P.S.E. en las comunas.**
- **Realizar las coordinaciones necesarias en la región para el desarrollo del programa**
- **Participación y o coordinación de la comisión mixta Regional y comunal.**
- **Supervisión de accesibilidad al programa de parte de los beneficiarios.**
- **Supervisión de la permanencia del beneficiario en el programa**
- **Efectuar labor de contralor en las prestaciones realizadas a los escolares, según normativa.**
- **Confirmar si el beneficiario posee los requisitos exigidos a la población objetivo.**
- **Debe autorizar el pago de las prestaciones**
- **Responsabilizarse de la organización de actividades de capacitación emanadas del programa**
- **Definir líneas de difusión del programa**
- **Facilitar material de apoyo a instituciones de educación y salud que lo soliciten**
- **Consignar la 1/ 2 jornada laboral en cuaderno de actividades**
- **Informe estadístico mensual sobre atención de especialista a escolares al director Regional JUNAEB y oficina nacional del programa de SE**
- **Informe semestral del Programa de la región a oficina Regional y Nacional**
- **Llevar contabilidad mensual detallada de los gastos realizados en la caja chica**
- **En aquellas regiones donde exista mas de un coordinador las funciones mencionadas anteriormente deben ser realizadas por cada uno de ellos considerando:**
  - ⇒ **distribución equitativa de tareas**
  - ⇒ **fijar a lo menos dos reuniones mensuales del equipo**
  - ⇒ **los coordinadores que desempeñen sus funciones en las ciudades capitales regionales encabezan el equipo y deberán difundir de modo expedito y rápido la información que reciba hacia los demás coordinadores del equipo regional**
  - ⇒ **en la región metropolitana los coordinadores elijan a uno de ellos que los represente.**
- **La dependencia administrativa será de la dirección regional**
- **la dependencia técnica será del equipo de salud escolar nacional**

**FUNCIONES DEL COORDINADOR NACIONAL**

**Generales:**

- **definición de políticas del programa**
- **preparación del presupuesto nacional y regional y gestionar su financiamiento**

- **propuestas públicas diseño y coordinación en otros departamentos, participación en la selección**

**Área asistencial:**

- **Programación de la atención nacional y regional por cada especialidad**
- **Diseño y planificación del seguimiento al programa desde perspectiva nacional**
- **Asesoría y seguimiento del área asistencial y ea regiones**

**Área de capacitación**

- **Planificación de capacitación a nivel nacional**
- **Lineamientos del área capacitación**

**Área de coordinación**

- **Coordinación con el diseño y validación y puesta en marcha del plan informatico**
- **Coordinación del área de finanzas y su seguimiento**
- **Coordinación con el MINSAL, MINEDUC, MECE, Servicios de Salud, Universidades.**
- **Coordinación con Departamento de Programas, Estudios, administración supervisión.**

**Área de gestión.**

- **Mantener estadística país actualizada**
- **Difusión del programa**
- **Negociación con prestadores**
- **Diseño de técnica de cada convenio**
- **Viso de facturas de prestadores nacionales**
- **Distribución de presupuesto por región y por área de atención**
- **Diseño de instrumentos para realización del seguimiento**
- **Informe anual del consolidado del programa**

**3. Instrumentos de gestión del programa**

**(a) Descripción de los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación del programa/proyecto**

- **JORNADAS DE EVALUACIÓN Y PROGRAMACIÓN:** Tienen como objetivo evaluar los procesos y resultados a mediados y finales de año.. Se llevan a cabo en todas las comunas del país agrupándolas por provincias. Participan autoridades locales, coordinadores comunales, profesores coordinadores de salud de la escuela, profesionales del nivel primario de Salud, prestadores, apoderados y coordinadores del nivel central del programa.
- **ENCUENTROS ZONALES :** Actividad interna de la institución donde participan coordinadores regionales del programa, Directores regionales , Jefes provincias y jefes de programas de JUNAEB .Se efectúan una vez al año con el objeto de programas y evaluar conforme a los compromisos de gestión definidas en cada región .
- **REUNIONES CON PRESTADORES:** para organizar y evaluar calidad y oportunidad de los servicios entregados.
- **Informes periódicos de estadísticas asistenciales y de gestión**
- **Seguimiento del uso de los tratamientos entregados**
- **Investigaciones**

**(b) Presentación de los indicadores de gestión e impacto del programa/proyecto**

**COMPONENTE ATENCIONES MEDICAS A ESCOLARES EN AREA DE OFTALMOLOGIA, OTORRINO, Y ORTOPEdia**

**1.1 El 90% de las comunas hacen programación anual de PSE**

**1.2 El 28% de los niños son pesquisados en relación a la matricula de 1° Bas, y en relación a la matricula de cursos superiores**

**1.3 El 70 % de los niños en la atención primaria son derivados a los especialistas en relación a los niños atendidos**

**1.3 El 95 % de establecimientos de A.P atienden la demanda con respecto al universo**

**1.3 La A.P. atiende el 80 % de los niños derivados por la escuela**

**1.4.1 El rendimiento de los especialistas es de 6 por hora**

**1.4.2 El 90% de comunas de extrema pobreza son atendidas por el programa**

**1.4.3. Cobertura lograda por curso y por especialidad en relación a lo programado ( prevalencia /**

incidencia) 90% Oft. 65% Oto. 100% ortopedia

1.4.4 Cobertura en controles en relación a lo programado 71% Ofta. 50% otorrino 65% ortopedia, la cobertura de controles ha tenido una mejoría significativa en el área de otorrino el año 1997.

1.5. El 75% de los niños usan su tratamiento según el profesor y sus padres

1.6 El 90% de la demanda regional cubierta por prestadores regionales

1.7. El 60% de sugerencias aplicadas al programa

1.8 .Se realizan 3 al año

1.9.1. El 35% de los tratamientos entregados al término del primer semestre

1.9.2. El 65 % de las comunas con coordinador comunal

1.9.3. El 95% de las comunas que hacen evaluación anual del programa

En los compromisos de gestión que debe hacer la región con la dirección nacional existen indicadores de Efectividad y de Procesos que corresponden a evaluaciones del trabajo que debe realizar el coordinador regional : 11

#### **COMPONENTE PROFESORES, PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA, COORDINADORES COMUNALES Y PADRES CAPACITADOS EN SALUD ESCOLAR**

2.1.1 El 70% de profesores de 1° básico. El 90% coordinadores comunales, el 70% de profesionales de A.P trabajando en el programa y 4% de padres de beneficiarios.

2.1.2 El 90% de lo comprometido en los proyectos de promoción desarrollados en la escuela.

En los compromisos de gestión se mencionan otros indicadores que corresponden a la gestión del coordinador regional: 10

#### **COMPONENTE PROGRAMA PILOTO DE SALUD MENTAL IMPLEMENTADO EN 6 ESCUELAS DE LA COMUNA DE PUDAHUEL, VALIDADO PARA SER REPLICADO.**

3.1 El 90 % personalidades Públicas de educación y salud requerido están comprometidos en el programa.

3.2 El 95% de cobertura de las actividades de promoción en relación al grupo objetivo

3.3 El 90% de cobertura en las actividades de prevención en relación al diagnóstico

3.4. El 90% de niños atendidos por el especialista en relación al diagnóstico

3.5 El 45% de niños que cambia su perfil

#### **COMPONENTE PRODUCCION DE MATERIAL EDUCATIVO DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA ESCUELA**

4.1 El 90% de los establecimientos recibió el material

4.2. 3000 profesores capacitados por Teleduc becados por JUNAEB

4.3. El 90% de profesores que aprueban Teleduc

Existen además en los compromisos de gestión indicadores correspondiente al área de Apoyo:

- gestión presupuestaria y financiera
- gestión jurídica, de convenio con prestadores
- retro-alimentación al nivel nacional de la gestión regional
- alimentación del programa informático

#### **VII. APRENDIZAJES DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA/PROYECTO Y PROYECCIONES (en base a la opinión de la institución responsable)**

1. Identificación de los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del programa/proyecto

- Se ha logrado implementar el programa de Salud escolar como respuesta a una necesidad de salud de este grupo etáreo y que incide en el rendimiento académico y desarrollo integral de estos niños.
- La solución asistencial se ha basado en la compra de servicios a terceros, viéndose enfrentados a las reglas del mercado; un programa social que se abre camino en una constructiva convivencia entre proveedores públicos y privados para satisfacer las necesidades del Programa.
- En el área asistencial ha sido de gran aporte las sociedades científicas, esto a permitido optimizar el uso de los recursos, establecer nuevas estrategias, actualizar lo técnico, resolver situaciones éticas.

- **La administración ha resultado exitosa desde educación por estar en una Institución cuyo objetivo es dar asistencia integral al escolar**
- **Se ha obtenido un perfil del comportamiento de las patologías del escolar a lo largo del país lo que orienta al perfeccionamiento del programa.**
- **Ha sido fundamental la participación del profesor y ha quedado ratificada la posibilidad de trabajo conjunto colaborativo y exitoso con el sector salud, resolviendo una problemática que el sector salud por sí solo no está en condiciones de realizar.**
- **Se ha podido comprobar que al otorgar a niños de escasos recursos la posibilidad de resolver problemas de salud relacionados con el rendimiento escolar, contribuye a que tenga mejores posibilidades de éxito y enfrente el proceso educacional en condiciones mas igualitarias.**
- **Validación al interior de la comunidad escolar por los beneficios entregados por el PSE.**
- **La constatación por parte de los profesores de los beneficios del programa, manifestando que hay una mejoría en el rendimiento escolar.**
- **La red intersectorial montada para que el programa opere fluidamente.**

**2. Identificación de los reales o potenciales beneficiarios de dicho aprendizaje**

**El equipo del programa de salud escolar JUNAEB**

**En la comuna, el coordinador comunal de Salud escolar, el funcionario del consultorio o posta rural de atención primaria.**

**En la escuela, la dirección, el profesor jefe, el coordinador de salud.**

**3. Pronóstico en torno a la situación sin continuidad del programa/proyecto**

**Los aportes del programa han sido un logro a los objetivos de la reforma educacional y por lo tanto su carencia redundaría en el atraso o fracaso de escolares, con el consiguiente costo para el estado y el futuro desarrollo de nuestro país. A su vez el Programa de Salud Escolar tiene una enorme posibilidad en la prevención de la salud mental de los niños disminuyendo trastornos conductuales y emocionales que posteriormente pueden llegar a problemas de delincuencia, alcoholismo y drogadicción. Asimismo la posibilidad de desarrollar labores promocionales de salud permite mejorar la calidad de vida y disminuir la aparición de enfermedades del adulto con el consiguiente ahorro para el estado .**

**4. Descripción en torno a si existe algún tipo de retorno social, económico o político, directo o indirecto que permita pronosticar la autosustentabilidad del programa/proyecto a mediano o largo plazo**

**Elaboración de un programa computacional para identificar a los niños de ISAPRE para solicitar el reembolso y reutilización de dichos fondos. Con ello se recuperaran algunos fondos, pero de ninguna manera para autosustentar el programa.**

**MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS  
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES**

**PROCESO DE EVALUACIÓN 1998**

**ANEXO AL FORMATO A**

**ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS  
PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA**

Observaciones

1. Para efectos de comparar costos, presupuestos y gastos a un mismo año base, las cantidades deben ser expresadas en pesos reales de 1998.
2. Para actualizar costos y gastos nominales a valores reales 1998, se deben multiplicar por los factores señalados en la siguiente tabla:

<i>Año</i>	<i>Factor</i>
1994	1.297
1995	1.198
1996	1.116
1997	1.052
1998	1.000

3. Por el concepto de "presupuesto devengado" se entenderá todos aquellos recursos cuyos gastos fueron comprometidos en periodos posteriores al asignado.

<b>1. Información general periodo 1994-98 (en miles de \$ reales)</b>							
<b>AÑO</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>		<b>D</b>		<b>C-D</b>
			<b>Presupuesto devengado</b>		<b>Gasto ejecutado</b>		
	<b>Presupuesto inicial aprobado</b>	<b>Presupuesto final aprobado</b>	<b>Monto</b>	<b>%</b>	<b>Monto</b>	<b>%</b>	<b>Saldo presupuestario</b>
1994	1.180.991	1.431.189	1.402.728	98,01	1.262.581	88,22	140.147
1995	1.336.622	1.564.124	1.553.291	99,31	1.271.881	81,32	281.410
1996	1.569.426	1.893.072	1.750.049	92,44	1.448.266	76,50	301.783
1997	1.633.182	1.927.093	1.910.443	99,14	1.882.158	97,67	28.285
1998 (1)	1.854.758	////////	////////		////////		////////

(1) Corresponde indicar solamente el presupuesto inicial aprobado

<b>2. Información específica año 1994-8 del (los) Programa(s) (en miles de \$ reales)</b>					
<b>AÑO 1994</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
	<b>Presupuesto inicial aprobado</b>	<b>Presupuesto Final aprobado</b>	<b>Gasto devengado</b>	<b>Gasto efectivo</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>1. Gastos Generales JUNAEB</b>					
1.1 Personal	1.318.616	1.562.729	1.523.601	1.523.331	97,48
1.2 Bienes y servicios	1.150.501	1.396.931	1.396.929	1.396.750	99,99
1.3 Inversión	128.904	445.857	443.684	443.684	99,51
1.4 Transferencias	53.477.554	52.291.536	52.287.097	52.143.315	99,72
<b>TOTAL</b>	<b>56.075.575</b>	<b>55.697.053</b>	<b>55.651.312</b>	<b>55.507.079</b>	<b>99,66</b>
<b>2. Gastos imputables al Programa (3)</b>					
2.1 Personal	159.155	159.155	137.040	136.203	85,58
2.2 Bienes y servicios	59.215	61.658	55.319	55.319	89,72
2.3 Inversión	0	0	0	0	0
2.4 Transferencias	962.615	1.196.198	1.196.198	1.056.888	88,35
<b>TOTAL</b>	<b>1.180.985</b>	<b>1.417.011</b>	<b>1.388.558</b>	<b>1.248.410</b>	<b>88,10</b>
<b>3. Gasto via glosa(4)</b>					
3.1 Personal					
3.2 Bienes y servicios					
3.3 Inversión					
3.4 Transferencias					
<b>TOTAL</b>					

AÑO 1995	A	B	C	D	E
	Presupuesto inicial aprobado	Presupuesto Final aprobado	Gasto devengado	Gasto efectivo	Porcentaje de ejecución
<b>1. Gastos Generales JUNAEB</b>					
1.1 Personal	1.429.431	1.686.874	1.680.715	1.672.329	99,14
1.2 Bienes y servicios	1.198.310	1.237.066	1.237.024	1.237.024	100
1.3 Inversión	124.877	133.565	132.490	132.490	99,20
1.4 Transferencias	52.103.526	53.579.316	53.571.260	53.343.970	99,56
<b>TOTAL</b>	<b>54.856.144</b>	<b>56.637.821</b>	<b>56.621.489</b>	<b>56.385.813</b>	<b>99,56</b>
<b>2. Gastos imputables al Programa (3)</b>					
2.1 Personal	147.282	152.003	147.972	143.466	94,38
2.2 Bienes y servicios	62.110	69.658	69.658	53.428	76,70
2.3 Inversión	0	0	0	0	0
2.4 Transferencias	1.127.223	1.213.007	1.213.007	952.333	78,51
<b>TOTAL</b>	<b>1.336.615</b>	<b>1.434.668</b>	<b>1.430.637</b>	<b>1.149.227</b>	<b>80,10</b>
<b>3. Gasto via glosa(4)</b>					
3.1 Personal					
3.2 Bienes y servicios					
3.3 Inversión					
3.4 Transferencias					
<b>TOTAL</b>					

AÑO 1996	A	B	C	D	E
	Presupuesto inicial aprobado	Presupuesto Final aprobado	Gasto devengado	Gasto efectivo	Porcentaje de ejecución
<b>1. Gastos Generales JUNAEB</b>					
1.1 Personal	1.583.312	1.753.700	1.753.700	1.743.986	99,45
1.2 Bienes y servicios	1.188.540	1.196.441	1.196.441	1.196.441	100
1.3 Inversión	235.321	248.562	248.561	158.521	63,78
1.4 Transferencias	58.834.571	61.504.594	61.504.011	61.063.000	99,28
<b>TOTAL</b>	<b>61.841.744</b>	<b>64.703.297</b>	<b>64.702.713</b>	<b>64.161.948</b>	<b>99,16</b>
<b>2. Gastos imputables al Programa (3)</b>					
2.1 Personal	149.091	170.278	170.278	160.376	94,18
2.2 Bienes y servicios	66.969	131.027	131.027	79.874	60,96
2.3 Inversión	0	15.923	15.923	3.045	19,12
2.4 Transferencias	1.353.356	1.404.637	1.262.039	1.033.769	73,60
<b>TOTAL</b>	<b>1.569.416</b>	<b>1.721.865</b>	<b>1.579.267</b>	<b>1.277.064</b>	<b>74,17</b>
<b>3. Gasto via glosa(4)</b>					
3.1 Personal					
3.2 Bienes y servicios					
3.3 Inversión					
3.4 Transferencias					
<b>TOTAL</b>					

AÑO 1997	A	B	C	D	E
	Presupuesto inicial aprobado	Presupuesto Final aprobado	Gasto devengado	Gasto efectivo	Porcentaje de ejecución
<b>1. Gastos Generales JUNAEB</b>					
1.1 Personal	1.678.149	1.901.487	1.869.719	1.869.719	98,33
1.2 Bienes y servicios	1.181.185	1.569.268	1.565.075	1.382.286	88,08
1.3 Inversión	234.026	311.108	166.006	147.171	47,31
1.4 Transferencias	61.404.807	61.474.814	60.153.681	60.047.827	97,68
<b>TOTAL</b>	<b>64.498.167</b>	<b>65.256.677</b>	<b>63.754.481</b>	<b>63.447.003</b>	<b>97,23</b>
<b>2. Gastos imputables al Programa (3)</b>					
2.1 Personal	162.944	178.098	168.726	168.726	94,74
2.2 Bienes y servicios	66.837	66.837	66.276	64.488	96,49
2.3 Inversión	0	0	0	0	0
2.4 Transferencias	0 1.407.755	0 1.402.232	0 1.407.755	0 1.375.841	0 97,74
<b>TOTAL</b>	<b>1.632.119</b>	<b>1.647.273</b>	<b>1.637.340</b>	<b>1.609.055</b>	<b>97,68</b>
<b>3. Gasto vía glosa(4)</b>					
3.1 Personal					
3.2 Bienes y servicios					
3.3 Inversión					
3.4 Transferencias					
<b>TOTAL</b>					

AÑO 1998	A	B	C	D	E
	Presupuesto inicial aprobado	Presupuesto Final aprobado	Gasto devengado	Gasto efectivo	Porcentaje de ejecución
<b>1. Gastos Generales JUNAEB</b>					
1.1 Personal	1.990.749				
1.2 Bienes y servicios	1.116.141				
1.3 Inversión	236.382				
1.4 Transferencias	65.539.813				
<b>TOTAL</b>	<b>68.883.085</b>				
<b>2. Gastos imputables al Programa (3)</b>					
2.1 Personal	169.198				
2.2 Bienes y servicios	67.246				
2.3 Inversión	0				
2.4 Transferencias	1.617.259				
<b>TOTAL</b>	<b>1.853.703</b>				
<b>3. Gasto vía glosa(4)</b>					
3.1 Personal					
3.2 Bienes y servicios					
3.3 Inversión					
3.4 Transferencias					
<b>TOTAL</b>					
<p>(2) Se debe señalar aquí el total del gasto correspondiente al Ministerio o Servicio responsable de la ejecución del proyecto o programa en evaluación, en los ítemes que se indica.</p> <p>(3) En la medida en que no sea posible identificar los costos directos del programa, por estar algunos o la totalidad de sus ítemes en los Gastos Generales de la Institución, realizar el cálculo del prorrateo correspondiente, asumiendo el Programa respectivo como un Centro de Costos.</p> <p>(4) Corresponde al desglose del gasto autorizado, en los casos en que el programa o proyecto ha sido autorizado vía glosa.</p>					

### 3. Fuentes de financiamiento directa del programa periodo 1994-98 (en miles de \$ reales)

Corresponde aquí señalar las fuentes de financiamiento del programa respectivo, y los montos y porcentajes respectivos, de corresponder, en base al presupuesto final aprobado o actualizado a Diciembre de cada año.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO	1994		1995		1996		1997		1998	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1. Aporte fiscal	144.059	10,1	663.542	42,4	961.973	52,7	1.553.690	82,4	1.854.748	100
2. Endeudamiento	0		0		0		0		0	
3. Transferencias de otras instituciones públicas(6(MECE))	1.270.509	88,8	744.892	47,66	658.921	36,1	88.536	4,7	0	
4.- Otros(6)										
4.1 Saldo inicial de caja	16.621	1,2	155.690	10,0	205.218	11,2	242.797	12,9	10	0
4.2										
<b>TOTAL</b>	<b>1.431.189</b>	<b>100</b>	<b>1.564.124</b>	<b>100</b>	<b>1.826.124</b>	<b>100</b>	<b>1.885.024</b>	<b>100</b>	<b>1.854.758</b>	<b>100</b>

(5) Para el año 1998, señalar solamente el presupuesto inicial aprobado.

(6) Individualizar

### 4. Fuentes de financiamiento complementarias año 94-98 (en miles de \$ reales)

Considerando que algunos programas a ser evaluados se ejecutan en coordinación con diversas instancias públicas, ya sea de los niveles central, regional o local, señalar estas otras fuentes de financiamiento, y sus montos.

Institución(es) (7)	Tipos de aporte (8)	Monto	Observaciones
a)			
b)			
c)			
d)			
<b>TOTALES</b>			

(7) En el caso de ser más de una institución a nivel regional o comunal indicar el número exacto.

(8) Debe señalarse el ítem de aporte correspondiente (personal, bienes y servicios de consumo, inversión, transferencias, otros (identificar)).

NOTA: En caso de no poder cuantificar el monto de los aportes complementarios, indicar la o las razones.

5. Costo a nivel nacional por componente														
Año 1994	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	TOTAL
Componente (9)														
TOTAL														

Año 1995	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	TOTAL
Componente (9)														
TOTAL														

Año 1996	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	TOTAL
Componente (9)														
TOTAL														

Año 1997	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	TOTAL
Componente (9)														
TOTAL														

Año 1998 (10)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	TOTAL
Componente (9)														
TOTAL														

(9) Especificar componente  
(10) Inicial Aprobado

MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS  
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

PROCESO DE EVALUACIÓN 1998  
FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

FORMATO B

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

<b>I.- DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO/ PROGRAMA</b>	
1.1 Nombre del Programa/proyecto	
Programa salud escolar y atención médica	Código: 39
1.2 En caso de ser Proyecto, señalar el programa del cual forma parte o la(s) política(s) a la cual(es) se vincula	
<b>PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR</b>	
1.3 Ministerio Responsable: MINEDUC	
1.4 Servicio responsable (si corresponde): JUNAEB	
<b>A. NIVEL DE DISEÑO DEL PROGRAMA/PROYECTO</b>	
<b>II. OBSERVACIONES EN TORNO A LA JUSTIFICACIÓN QUE DA ORIGEN AL PROYECTO</b>	
1. Observaciones y comentarios en torno a la justificación a nivel de políticas públicas	
<p>“ La educación no es un sector mas de la política social de un gobierno. En este sector se juegan las herramientas fundamentales para los otros sectores. En términos de igualdad de oportunidades, si no existe esta igualdad en la educación, no lo habrá en ningún otro ámbito institucional.” ( Cristián Cox, Coordinador General MECE, MINEDUC.)</p> <p>“La escuela constituye un poderoso espacio para promover el conocimiento y la motivación necesaria para la mantención de actividades positivas hacia la salud física, mental y social. Está probado que los niños sometidos a un programa escolar de educación para la salud influencia cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud de los padres. De esta manera, es la escuela la institución a través de la cual los programas de educación y las acciones de mejoría de la calidad de la salud puedan alcanzar una mayor cobertura, en forma directa (escolares, profesores y personal de la escuela) y en forma indirecta a los padres de los escolares.”( Dr. Fernando Muñoz P. Subsecretario de Salud, Ministerio de Salud.)</p> <p>El sector publico debe atender las necesidades básicas de la población escolar chilena, esto es coherente con la reforma en salud puesta en marcha por el gobierno consistente en acercar la salud a la gente, humanizar los servicios, construir un nuevo modelo de atención y elevar la calidad de los servicios a los usuarios del sistema público.</p> <p>Este programa desarrollado desde el sector educación se justifica además en el contexto de la reforma educacional como una forma de contribuir entre otras intervenciones al éxito de dicha reforma,asi mismo su realización es de gran importancia, ya que los daños que se detectan en los primeros años de escolaridad, que tienen solución a nivel de medicina reparadora, inciden directamente en el crecimiento satisfactorio del escolar y su rendimiento académico.</p>	
2. Observaciones y comentarios en torno a la justificación a nivel de condiciones sociales y/o económicas a mejorar	
<p>Concordamos con las justificaciones que señala el Programa de Salud Escolar en que la escuela es un lugar privilegiado para realizar intervenciones. Es la unidad organizacional más pequeña y ampliamente distribuida del estado y su rol como entidad protectora y formadora en salud está probada.Las intervenciones acá implementadas permiten asegurar una cobertura universal y</p>	

hacen posible actividades de seguimiento en el tiempo y mediciones de impacto.

Las patologías que interviene el Programa de Salud Escolar están relacionados con lograr lo óptimo en términos de aprendizaje e inserción social. Su demanda puede no ser la patología en sí, pero sí sus consecuencias. Es decir, mal rendimiento escolar, dificultades en la inserción social, mala conducta.

La encuesta Casen demuestra que el 33,4% de la población infantil está en condiciones de pobreza, esta población no tiene acceso a las especialidades médicas que ofrece el Programa de Salud Escolar, ya que los servicios de salud no disponen de capacidad instalada a nivel local, especialmente en el área rural. Por otro lado estudios de prevalencia en escolares muestran afecciones cuya solución está dada por especialidades medicas sofisticadas y de alto costo, lo que hace mas difícil el acceso de los sectores mas pobres en este sentido. es un programa con un alto sentido de equidad.

Las patologías que atiende este programa en muchos casos son patologías crónicas que perturban el curso normal de la vida habitual durante un periodo prolongado de tiempo. El propio paciente no esta consciente de la enfermedad y ella es detectada a través de reconocimiento o al pesquisar síntomas inespecíficos. Una vez pesquisada estas patologías deberán ser resueltas para que una vez que el individuo tome conciencia de ellas no se transformen en una discapacidad. Algunas discapacidades pueden retrasar o enmascarar el desarrollo de otras cualidades, así por ejemplo una deficiencia en el lenguaje puede dificultar la expresión de otras cualidades como la inteligencia. Un individuo miope sufre una deficiencia funcional pero como se corrige con lentes no tiene por que desarrollarse una discapacidad. Todo individuo que no llega a tener un desarrollo normal para la existencia y supervivencia del hombre como ser social, se encuentra en situación de desventaja en relación a su semejante

3. Observaciones y comentarios en torno a los antecedentes que fundamentan la justificación del proyecto y su continuidad:

(a) Constitucionales

El Art 19 N° 10 de la constitución señala : la educación tiene por objeto el pleno desarrollo de la persona en las distintas etapas de su vida. La educación básica es obligatoria, debiendo el estado financiar un sistema gratuito con tal objeto, destinado a asegurar el acceso a ella a toda la población.

El Art. 19 N° 9 de la Constitución política señala que el Estado debe proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de la rehabilitación del individuo.

En la cumbre mundial en favor de la infancia en 1990, así como la convención de los Derechos del Niño han creado conciencia que la educación es un derecho de todo niño que se debe garantizar.

El programa de Salud Escolar es una programa que contribuye a mantener al niño en el sistema escolar.

(b) Legales

La JUNAEB tiene la facultad que le otorga la ley para la asistencialidad escolar. Permite una acción integradora.

(c) Administrativos

- La JUNAEB tiene una estructura administrativa a lo largo del territorio nacional, con supervisores que llegan a las escuelas mas aisladas del país. Esto facilita la implementación de un programa a nivel nacional utilizando la capacidad instalada. El desarrollo de este programa, insertado en la escuela, tiene grandes ventajas desde el punto de vista de la Salud pública, ya que al tener una población cautiva se pueden realizar intervenciones sistemáticas, involucrando al grupo familiar y otros agentes de la comunidad. También permite el seguimiento de las intervenciones realizadas.
- JUNAEB debe mantener un rol contralor de una manera descentralizada para hacerlo mas dinámico y operativo. Los convenios establecidos con municipios le dan una continuidad a los programas y los acerca a la realidad local.
- JUNAEB también debe vincularse con los Servicios de Salud, siendo un ente coordinador entre todos los que intervienen en el escolar.

(d) De políticas de inversión

- Según UNICEF los niños son la medida del progreso o la ausencia de mismo. Según Alberto Etchegaray en el congreso iberoamericano de asistencialidad escolar " todo lo que se haga en favor de los niños representa la mejor inversión que pueda realizar la sociedad en materia de desarrollo social. En un estudio de Sename en 1992 el 96% de los jóvenes encarcelados tuvo que trabajar antes de los 9 años y solo el 18% estaba inserto en el sistema escolar. El anuario de estadísticas criminales 1994 señala que el 55% de los jóvenes de 18 a 35 años encarcelados no superó la educación primaria". Por lo tanto se deben hacer todos los esfuerzos para que los niños de las familias pobres puedan permanecer en la escuela y aprovechar al máximo las posibilidades de aprendizaje.
- Chile como miembro participante en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, en 1995 convocada por las Naciones Unidas, se comprometió de erradicar la pobreza, promover el empleo productivo y bien remunerado, así como la integración social. Los esfuerzos para aumentar la integración social y reducir la pobreza a través de políticas públicas de inversión social en áreas como la salud y educación, capacitación y nutrición constituyen herramientas para alcanzar un mayor crecimiento y representan un potencial productivo de la sociedad.
- El Programa de Salud Escolar genera condiciones para que los individuos estén aptos para la vida futura, permite en lo inmediato, mejorar la autoestima y mejorar los niveles de rendimiento, accediendo en mejores condiciones el desafío educacional.
- También la inversión está dada por la existencia y mantención de los convenios de atención médica en especialidades faltantes en el país. El programa al llevar especialista a aquellas regiones en donde este recurso es escaso, aumenta la competencia permitiendo el acceso a la atención de especialista a un menor costo.
- Cabe destacar la inversión en material educativo (manuales, software, normas), talleres y jornadas de capacitación.
- En resumen se trata de que la inversión en la infancia y en salud son inversiones para el desarrollo del país.

**III. OBSERVACIONES EN TORNO A LA IDENTIFICACIÓN DEL FIN DEL PROGRAMA/PROYECTO**

1. Observaciones y comentarios en torno al fin planteado por el programa/proyecto

El fin presentado por salud escolar "Apoyar integralmente a estudiantes vulnerables, a fin de contribuir a la igualdad de oportunidades frente a la educación" considera la vulnerabilidad no solo en relación con el nivel económico de la familia sino también a las limitaciones sensoriales, biológicas, psicológicas, socio culturales, que afectan directamente el aprovechamiento de las oportunidades que le ofrece el sistema educacional..

2. Observaciones y comentarios en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del fin del programa/proyecto

- Los indicadores definidos son correctos, precisando que se utilizaran en una muestra representativa de la población escolar , no es indispensable que sean anuales.
- Deben buscarse indicadores a nivel de la escuela.
- Se deberían realizar una evaluación histórica antes de 1992 y posterior a 1992

3. Observaciones y comentarios en torno a las metas que a nivel de fin se ha propuesto el programa/proyecto

En los tres indicadores señalados se pueden considerar brechas que den cuenta de la distancia existente entre los escolares que requieren el beneficio y lo reciben y aquellos que no lo reciben porque no lo necesitan.

- Disminución de deserción escolar
- disminución de repitencia
- mejoría del SIMCE

4. Observaciones y comentarios en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el fin del programa/proyecto se ha logrado

Habría que calcular los tres indicadores y evaluar su evolución desde que se inicio el

programa, tomando una muestra representativa del país ; definiendo escuelas centinelas y realizando en ellas un seguimiento completo.

Queda la preocupación por saber la cantidad de alumnos (especialmente aquellos que pertenecen a las familias mas pobres) , que pese al esfuerzo realizado por el programa, queden sin detectar sus daños y por lo tanto sin atención..

5. Observaciones y comentarios en torno al nivel o grado de cumplimiento del fin del programa/proyecto

Nos parece relevante que el tratar y abordar problemas de salud en el escolar se deba ver reflejado en el rendimiento escolar, en la mantencion del niño en el sistema escolar y la disminución de la repitencia.

Como se señaló anteriormente es necesario hacer el recorrido histórico antes del inicio del programa y después, debiendo complementarse con seguimiento de casos.

Se debe considerar en la selección de la muestra, la existencia de otros programas intervinientes orientados a mejorar la calidad y la equidad de la educación.

**Se deben realizar estudios de impacto bio-psico-sccial.**

6. Observaciones y comentarios en torno a los supuestos necesarios para la "sustentabilidad" de los beneficios generados por el programa/proyecto

El programa no señala supuestos a nivel de:

- (a) otras instituciones públicas co-ejecutoras
- (b) otras instituciones públicas
- (c) condiciones sociales
- (d) condiciones económicas
- (e) instituciones o empresas privadas ejecutoras

(f) A nivel de condiciones políticas

Es indispensable que se considere el Programa de salud escolar como un integrante básico de la reforma educacional, en el contexto de una política global del sector dirigida a la permanencia del estudiante al sistema escolar.

#### **IV. OBSERVACIONES EN TORNO AL PROPÓSITO DEL PROGRAMA/PROYECTO**

1. Observaciones y comentarios en torno al propósito planteado por el programa/proyecto

Con respecto al propósito faltaría incorporar el componente de Salud Mental. Esta mejor planteado el señalado en el informe de gestión del año 1995 :” Mejorar el nivel de salud y de vida de los escolares de alta vulnerabilidad socioeconómica, favoreciendo su rendimiento escolar y evitando su ausentismo y mal rendimiento por concepto de patologías auditivas, visuales, posturales y de salud mental.

2. Observaciones y comentarios en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del propósito del programa/proyecto

- Los indicadores “Porcentaje de escolares que fueron asistidos por el programa, que egresan de enseñanza básica” y “ rendimiento escolar comparado entre niños con tratamiento de salud del Programa de Salud Escolar y niños sanos “ nos parecen los mas pertinentes
- Deben considerarse indicadores cualitativos que debieran evaluar la calidad de los servicios prestados y el impacto de los logros en salud, en el rendimiento académico de los alumnos y en la recuperación de daños de salud ) a través del seguimiento de las patologías, el uso adecuado de sus aparatos, su mantención bajo control. El programa concuerda en este aspecto y señala que se esta elaborando un sub programa de seguimiento.
- El programa concuerda con la incorporación de indicadores orientados e medir el grado de satisfacción del beneficiario directo e indirecto .

<p>3. Observaciones y comentarios en torno a las metas que a nivel de propósito se ha propuesto el programa/proyecto?  <b>El indicador relacionado con el rendimiento escolar es cuantificable, y para mantenerlo como indicador permanente de evaluación deberá compararse año a año.</b></p> <p><b>Las metas restantes son coherentes con Programas de estas características.</b></p>
<p>4. Observaciones y comentarios en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el propósito del programa/proyecto se ha logrado  <b>Los medios de verificación contienen la información necesaria y suficientes, son accesibles y confiables, pero por carecer de soporte informático no es posible constatar el grado de cumplimiento del propósito.</b></p>
<p>5. Observaciones y comentarios en torno al nivel o grado de cumplimiento del propósito del programa/proyecto?  <b>No se puede ver el nivel de cumplimiento ya que es necesario un estudio de impacto.</b></p>
<p>6. Observaciones y comentarios en torno a los supuestos que deben ocurrir para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Fin del mismo</p> <p>(a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Es fundamental la intersectorialidad en los diferentes niveles de intervención: local, regional y nacional .</b></li> <li>▪ <b>Es de suma importancia el rol de los Municipios ,ya que son ellos los que facilitan las condiciones para que los profesores que realicen la pesquisa de los niños, nominan a los coordinadores comunales de Salud, apoyan a los consultorios de atención primaria para la atención de los escolares y en algunos casos posibilitan el traslado de los niños a los lugares de atención.</b></li> <li>• <b>Por otro lado se requiere la participación del Ministerio de salud y Servicios de salud, por tratarse de atenciones médicas de especialistas que se encuentran distribuidos de manera irregular a lo largo del país. Se sugiere considerar al Tecnólogo Médico con especialidad en oftalmología con 4 años de estudio universitario para el tratamiento de algunas patologías.( evaluar la visión, recetar lentes) como lo realizan los optometristas en otros países .</b></li> <li>▪ <b>El MINEDUC a través de las oficinas provinciales de educación juegan un rol importante de coordinación con las escuelas particulares subvencionadas.</b></li> <li>▪ <b>La coordinación entre Salud y Educación, en función de este programa, mejora permanentemente, en beneficio de los escolares que lo requieren. Una muestra evidente es la coordinación existente entre JUNAEB y la unidad de salud Mental del MINSAL.</b></li> </ul> <p>(b) A nivel de otras instituciones públicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>El gobierno debería estimular a través de financiamiento FONDECYT líneas de investigación para la evaluación de impacto de los programas sociales ya que las instituciones públicas no cuentan con recursos para este tipo de estudios largos y complejos.</b></li> <li>▪ <b>Las intendencias, los gobiernos regionales deberían tener un rol más activo hacia el Municipio y hacia JUNAEB para facilitar el acceso de aquellos que más lo necesiten.</b></li> <li>▪ <b>El PADEM ( Planes Anuales Desarrollo Enseñanza Municipal) es buena opción para facilitar la implementación de intervenciones, una vez detectados los problemas de Salud del escolar.</b></li> <li>▪ <b>Mantener convenios con Servicios de salud o municipios si estos cuentan con los especialistas requeridos.</b></li> </ul> <p>(c) A nivel de condiciones sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Existe compromiso de los profesores, apoderados y toda la familia en torno al niño, como respuesta a una necesidad que el estado está satisfaciendo.</b></li> <li>• <b>La salud escolar, sus déficit y sus mejoras en los escolares debería considerarse un elemento básico del concepto de pobreza en nuestro país.</b></li> <li>• <b>Debería ponerse especial énfasis en los niños cuyas familias gozan de gratuidad en el sistema de salud estatal.</b></li> </ul>

(d) A nivel de condiciones económicas

- Incorporar obligatoriamente en las actividades programadas del consultorio o posta rural la atención de los niños derivados desde las escuelas.
- Debe solicitarse un aporte a través de Serplac, del fondo común Municipal , para que el municipio cuente con un aporte explícito para la atención del escolar.

(e) A nivel de condiciones políticas

- Debe mantenerse como un programa de alcance nacional, con políticas nacionales y con una ejecución descentralizada como se está llevando a cabo en el contexto de la superación de la pobreza.
- Involucrar a la SUBDERE del Ministerio del interior, para que considere este programa en la repartición del Fondo Común Municipal y del Fondo Nacional de Desarrollo Regional.

(f) A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras

- Los convenios con el sector privado son un recurso que ha posibilitado la atención de los escolares, en este sentido, la empresa privada debe mantenerse con un rol importante por tratarse de las especialidades médicas involucradas que no puede satisfacer el aparato estatal.
- Mantener catastro actualizado de profesionales : oftalmólogos, otorrinolaringólogos, ortopedista, psiquiatras infantiles, psicólogos, Kinesiólogos, Tecnólogo médico, fonoaudiólogos.
- Participación de Universidades y entidades dedicadas a la investigación epidemiológica y de salud pública, en evaluaciones que permitan ir reorientando y mejorando los beneficios indiscutibles del programa.
- El P.S.E. menciona la anuencia de las sociedades médicas esto nos parece relevante ya que con ellos de deben establecer normas de atención en las diferentes especialidades .

#### V. OBSERVACIONES EN TORNO A LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. Observaciones y comentarios en torno a los componentes que produce el programa/proyecto

- La primera evaluación realizada al Componente ; PLAN PILOTO DE SALUD MENTAL EN PUDAHUEL muestra una mejoría en las calificaciones y en la conducta de los niños intervenidos bajando además el número de ellos con perfil de riesgo .Por otro lado los familiares y profesores percibieron como positivo ,solo la atención especializada directa a los niños . Solamente los directivos, orientadores y representantes de la Corporación visualizaron como utilidad del programa la sensibilización en el tema.. Esto reafirma que los programa de tipo preventivo que no son valorados por la población general, deben ser planteado desde el nivel central intencionandolos en aquellos lugares donde existan grupos de mayor riesgo. Por estas razones el panel cree necesario que este componente del Programa de Salud Escolar debería incorporarse en forma gradual y permanente.
- El panel opina que el componente PRODUCCIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ESCUELA sería solo una de las actividades a realizar. Nos parece que como Componente correspondería: Promoción de la Salud en la Escuela ya que no solo se refiere a la elaboración del material si no que además se promueve la salud a través de proyectos en la unidad educativa. El programa de salud escolar concuerda con el panel en que este debería ser un componente en el futuro.
- Hay que destacar los proyectos de promoción elaborados desde las escuelas; trabajo que se desarrolla desde 1997.

2. Observaciones y comentarios en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento de los componentes del programa/proyecto

- El P.S.E señala que la definición de patología grave es un trabajo pendiente que debe ser definido con los CONSULTIVOS de las tres especialidades (otorrino, oftamol. Traumatol).
- Para el componente PRODUCCIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ESCUELA en la documentación entregada por el programa, existe la Pauta seguimiento y reporte proyectos de promoción de la cual se pueden extraer los siguientes indicadores:
  - N°de proyectos por comunas. región país

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de proyectos ejecutados por comunas. región país</li> <li>• N° de beneficiario directos por comunas. región país</li> <li>• N° de beneficiario indirectos por proyecto por comunas. región país</li> <li>• Estamos de acuerdo con los demás indicadores planteados.</li> <li>• Deben explicitarse mas concretamente los indicadores de salud mental y los medios de verificación. El P.S.E. explicita que este componente se encuentra en una etapa de aplicación experimental y que posterior a esta se obtendrá el Diseño de programa asistencial con un modelo de gestión que incluya dichos indicadores.</li> </ul>
<p>3. Observaciones y comentarios en torno a las metas que a nivel de componente se ha propuesto el programa/proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el componente <b>ATENCIONES MEDICAS A ESCOLARES EN EL AREA DE OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA Y ORTOPEDIA</b> el programa de Salud escolar concuerda con el panel que es muy alto el porcentaje de niños con patología grave señalando además que, esta meta deberá establecerse con los Consultivos de Especialidades una vez que se defina con ellos lo que se entenderá por patología grave en cada una de las especialidades.</li> <li>• Deberán definirse las metas para los nuevos indicadores sugeridos.</li> </ul>
<p>4. Observaciones y comentarios en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que los componentes del programa/proyecto se han logrado</p> <p>Los medios de verificación corresponden, pero para el numero existente debería contarse con un soporte computacional.</p> <p>Existe una Pauta de seguimiento y reporte de proyectos de promoción para el componente <b>PRODUCCION DE MATERIAL EDUCATIVO DE PROMOCION DE LA SALUD EN LA ESCUELA</b></p>
<p>5. Observaciones y comentarios en torno al nivel o grado de cumplimiento de los componentes del programa/proyecto</p> <p>5.1 Para el componente <b>ATENCIONES MEDICAS A ESCOLARES EN EL AREA DE OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA Y ORTOPEDIA</b> solamente se puede observar el Porcentaje de estudiantes con diagnostico de problemas visuales, auditivos y posturales en relación al universo donde se cumple sobre el 100 % de la meta establecida.</p> <p>Los demás indicadores “porcentaje de niños con patología visual o auditiva que mejoran tras el tratamiento “, “porcentaje de niños que estabilizan su patología de columna tras el tratamiento” ,” porcentaje de niños que usan el tratamiento a los tres meses de haberlos recibido “ no se han procesado por no contar con un soporte informático</p> <p>5.2 En el componente <b>PROFESORES , PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA, COORDINADORES COMUNALES Y PADRES CAPACITADOS EN SALUD ESCOLAR</b> solo se puede ver el cumplimiento del indicador “disminución de los falsos positivos “el cual muestra una importante disminución entre los años 1992 y 1997 en oftalmología y traumatología. El indicador “ Porcentaje de profesores que aplican en la actividad de pesquisa lo aprendido en los talleres “ no se ha medido porque no se cuenta con el medio de verificación y los indicadores “Numero de comunas “ y “Porcentaje de padres que asisten con sus hijos a controles “ se está recolectando recolectando la información solo desde 1998</p> <p>5.3 En el componente <b>PROGRAMA PILOTO DE SALUD MENTAL</b> el cumplimiento de la meta es de un 100 % para el indicador “niños atendidos que mejoran su salud mental en relación a niños de escuelas no intervenidas”.</p> <p>Las metas restantes aun no cumplen el plazo para ser medidas.</p> <p>5.4 En el componente <b>PRODUCCION DE MATERIAL EDUCATIVO DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA ESCUELA</b> hay un cumplimiento de un 100 % en relación a las metas propuestas.</p>
<p>6. Observaciones y comentarios en torno a los supuestos que deben ocurrir a nivel de componentes para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo</p> <p>(a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras</p> <p>a.1 Nos parece importantísimo, recalcar que la cobertura lograda por este programa en su implementación es excelente si se considera, que esta basado en muchos supuestos donde el compromiso municipal, de los profesores, de los consultorios de A.P, y Servicios de Salud han sido cruciales y donde queda demostrado que si se acerca la salud a la gente, esta responde.</p>

Pero lo que en un comienzo se logra por convicción de que se trata de un programa que da respuesta a una necesidad real de la gente, no puede ser argumento para sustentarse en el largo plazo ya que no se puede exigir una buena calidad y una gestión adecuada si por ejemplo los profesores coordinadores de salud realizan estas actividades fuera de su horario y estas horas no son remuneradas.

a.2 Por otro lado el programa de salud escolar es un ejemplo de un programa diseñado con políticas nacionales. Se operacionaliza a nivel regional a través de los compromisos de gestión y se trabaja finalmente con la escuela y consultorio a nivel local, estimulando la participación en la programación y evaluación del mismo.

a.3 Se debe recalcar que la implementación en red a nivel de la organización comunal contribuye al desarrollo local. Surge así el coordinador comunal, profesional dependiente del Municipio, encargados de articular los diferentes actores de la red a nivel local.

a.4 La labor del MINSAL es fundamental ya que es esta la entidad que operacionaliza las becas primarias y de retorno que se ofrecen en estas especialidades.

(b) A nivel de otras instituciones públicas

b.1 El aporte financiero del Fondo común municipal y del FNDR son de responsabilidad de la Intendencia a través de los SERPLAC, con la anuencia de SUBDERE

b.2 El COSAM es un recurso válido técnico y administrativo para resolver la intervención en la escuela en el tema de la salud Mental

(c) A nivel de condiciones sociales

c.1 El acceso a la atención médica está vinculada directamente al nivel socioeconómico, y en estas especialidades el acceso también depende de la ubicación geográfica.

c.2 Estamos de acuerdo en la importancia de la incorporación activa de la familia en las actividades del programa. El programa considera relevante la participación comunitaria especialmente para la de pesquisa y el seguimiento de la población bajo control, como por permitir un control social del programa.

(d) A nivel de condiciones económicas

Habría que dimensionar el número de niños que corresponden a las ISAPRES ya que se estaría entregando un subsidio cruzado. Según lo señalado por la institución aún no está funcionando el convenio para cobrarles.

El Programa de salud Escolar y el panel no señalan supuestos en lo referente a nivel de condiciones políticas y de instituciones o empresas privadas ejecutoras

7. Observaciones en torno a la presentación del para qué y/o para quienes se producen los componentes del programa/proyecto

(a) Observaciones y comentarios en torno a la caracterización socio-económica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa/proyecto

El dirigir el programa a los escolares de las escuelas subvencionadas ya focaliza el programa. Habría que considerar indicadores de pobreza ligadas al niño, magnitud del daño en salud, y accesibilidad geográfica. Se contará con ellos en un corto plazo según respuesta del P.S.E.

(b) Observaciones y comentarios en torno a la presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos

b.1 Para el componente ATENCIONES MEDICAS A ESCOLARES EN EL AREA DE OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA Y ORTOPIEDIA el beneficiario directo es el alumno de 1a a 7 básico con problemas de salud que afectan su rendimiento e inserción escolar, el indirecto está constituido por toda la familia y los profesores de los establecimientos. Para este componente debería incorporarse como beneficiario directo el kinder y pre kinder en la detección y tratamiento de problemas oftalmológicos y otorrinolaringológico para lograr una llegada más oportuna de algunas patologías como la hipoacusia y el estrabismo y lograr una intervención más oportuna.

b.2 Para el componente **PROFESORES , PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA, COORDINADORES COMUNALES Y PADRES CAPACITADOS EN SALUD ESCOLAR** beneficiarios directos son los profesores, personal de atención primaria, prestadores, funcionarios JUNAEB,, beneficiarios indirectos los alumnos.

b.3 Para el componente **PROGRAMA PILOTO DE SALUD MENTAL** el beneficiario directo son los alumno asistente a la escuela de los cursos donde se está llevando a cabo la intervención y los profesores de dichos cursos, el indirecto esta constituido por toda la familia .

b.4 Para el componente **PRODUCCIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ESCUELA** beneficiarios directos toda la comunidad escolar dependiendo a quienes se dirijan los proyectos y el material educativo, curso de TELEDUC. Beneficiario indirecto el resto de la comunidad escolar.

(c) Observaciones y comentarios en torno a la identificación del número real de beneficiarios que utilizan los componentes producidos por el programa/proyecto

6 En este programa se aprecia una buena aproximación a la identificación del numero real de beneficiarios. De todas maneras habría que analizar las diferencias de prevalencia detectadas en regiones con perfil socioeconómico semejante, resguardando que no queden sin atención los mas pobres ,o aquello que necesitan de la atención y no acceden a esta por falta de colaboracion de sus padres.

7 Se aprecia la intención de estimular una participación comunitaria especialmente a través de los componentes “ **PROFESORES , PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA, COORDINADORES COMUNALES Y PADRES CAPACITADOS EN SALUD ESCOLAR** ” y “ **PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ESCUELA** ” .

8 Es importante promover espacio de mayor participación de los apoderados en las actividades prevención, pesquisa, y control de las patologías.

d) Observaciones y comentarios en torno a la caracterización socioeconómica de los beneficiarios reales finales del programa

Faltaría identificar al numero de niños que corresponden a las ISAPRES y otros sistemas previsionales de Salud (FF.AA.). El indicador que se podría utilizar es el sistema de salud de la Familia.

8. Observaciones y comentarios en torno a los efectos del uso que los beneficiarios hacen de los componentes que entrega el programa

9 Se aprecia un buen uso de algunos de los beneficios del programa, como asistencia a las primeras consultas de los especialistas. En cambio los controles ,especialmente en la especialidad de otorrino, tienen un porcentaje alto de inasistencia. Esto determina el realizar un esfuerzo especial de seguimiento de parte del PSE, aunque este señala que ha habido una positiva evolución de las coberturas observándose este año en la Octava Región de un 72% y en la Región Metropolitana de un 68% .Además espera que una vez que opere el soporte computacional sea posible mejorar el seguimiento de los niños en control.

- Los eventos e instrumentos de capacitación y promoción contribuyen a la articulación de la red en sus distintos niveles de intervención; involucrando a padres, profesores, apoderados, prestadores, personal de salud, para el cumplimiento del propósito.

- La evaluación técnica del programa Piloto de Salud Mental validó un efecto (positivo) significativo en los perfiles conductuales de los escolares, disminuyendo en forma importante los niños de riesgo y aumentando la población sana.

## **B. NIVEL DE GESTIÓN DEL PROGRAMA/PROYECTO**

### **V. OBSERVACIONES EN TORNO A LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA/PROYECTO**

1. Observaciones y comentarios en torno a las actividades que se debe cumplir para completar cada uno de los Componentes del programa/proyecto

Las actividades planteadas en el marco lógico, para cada uno de los componentes parece pertinentes desagregarlas por niveles de intervención, a saber:

- nivel local
- nivel regional
- nivel nacional

**Para el COMPONENTE “ PROMOCION DE LA SALUD EN LA ESCUELA “**

**El Panel incorpora las siguientes actividades :**

**A nivel nacional**

- **Elaboración de bases de concurso**
- **llamado a concurso**
- **elaboración y distribución de material educativo ( TELEDUC, software, videos, manuales)**
- **Coordinación del nivel central JUNAEB con la unidad de Promoción de la Salud del MINSAL**
- **Realización de eventos internacionales para compartir experiencias.**

**A nivel regional**

- **Evaluación Ex-ante de proyectos presentados**
- **adjudicación de proyectos**
- **Monitoreo de proyectos en ejecución**
- **Evaluación Ex-post**
- **elaboración y distribución de material educativo ( TELEDUC, software, videos, manuales)**

**A nivel local**

- **elaboración y distribución de material educativo ( TELEDUC, software, videos, manuales)**
- **ejecución y puestas en marcha de proyectos**

**2. Observaciones en torno a los sistemas de producción de los componentes**

**(a) Observaciones y comentarios en torno a los mecanismos mediante los cuales se producen los componentes**

- **Estamos de acuerdo con los mecanismos planteados para la producción de los componentes**
- **La metodología de intervención que ha diseñado el programa para su ejecución como la intersectorialidad, con participación del sector público y privado, inserto en el gobierno local , integrando la comunidad escolar son el referente obligado para la producción de los componentes.**

**(b) Observaciones y comentarios en torno a la organización que se ha dado este programa/proyecto para la producción de los componentes**

- **Es necesario traspasar mayores responsabilidades a nivel regional y comunal; como por ejemplo los convenios con prestadores.**
- **El PSE debe contar con un soporte computacional que permita el seguimiento de los niños atendidos.**

**Queremos hacer hincapié en la importancia del seguimiento del niño en el cumplimiento de las indicaciones y uso del tratamiento. El programa señala que la supervisión se realiza en forma variada en cada escuela, utilizando para ello cuadernos y/o tarjeteros. Además los coordinadores de Salud Regionales y muchos funcionarios de JUNAEB todos los años realizan un seguimiento de las escuelas a través de supervisión mediada por con Instrumentos especialmente diseñados para ello en una muestra representativa de establecimientos.**

- **La tramitación al interior de la JUNAEB de los convenios jurídicos con los prestadores debe ser mejorada para poder entregar oportunamente las atenciones. Debería evaluarse la factibilidad de que estos tengan una duración superior a un año de duración, indexados a IPC. El programa tiene mecanismos de evaluación de los prestadores para continuar con aquellos que entregan un servicio de mejor calidad. De esta forma se le daría continuidad a la atención y no se vería retrasada por demora en la firma de convenios año a año.**

- La organización es la misma que ha dado respuesta a una cobertura inicial de 200.000 beneficiarios a 1.500.000 actualmente y solamente dos componentes (1 y 2) Esto necesariamente nos hace pensar en que debe evaluarse la estructura de la organización. El PSE no esta de acuerdo con esta observación.
- Un programa que atiende en 1998 a mas de un millón de escolares en todo el país debe contar con recursos humanos e institucional suficientes y adecuados a las demandas del programa. La dirección y control de estos programas deben estar insertos en la institución y por lo tanto se deben crear los cargos necesarios para su buen funcionamiento y continuidad. Debe ser preocupación del Estado buscar una formula para que dichos programas no mantengan a personas con contratos a honorarios al margen de las condiciones laborales que establece el código del trabajo y que el gobierno de Chile suscribe. Esta forma de contratos afecta la estabilidad de los programas nuevos.
- Otro factor que influye en la estabilidad del programa es el papel que desempeña el profesor de la escuela ,el cual refiere que este programa constituye una sobrecarga a su trabajo y no se siente la persona mas idónea para realizar la pesquisa. (evaluación VII región MIDEPLAN) Chile es un país que en estos momentos no cuenta con profesionales de la salud ni presupuesto para realizar el screening que actualmente debe realizar el profesor.
- No se cuenta con organigrama de la institución

(c) Observaciones y comentarios en torno a la estructura de la Gerencia del Programa/proyecto y de sus responsabilidades

**Recursos humanos :** Llama la atención que los recursos humanos que dispone este programa son los mismos durante todo su periodo de ejecución. Sin embargo la cobertura del mismo a aumentado de 1 curso ( 1992) a 7 cursos en 1998 , además se han abiertos otros componentes ( salud mental y promoción).

El personal que trabaja media jornada percibe que trabaja mas tiempo que el contratado ( informe MIDEPLAN VII

Región ). En esta misma evaluación se señala falta de apoyo administrativo( secretaria, vehículos, computación),

Existencia de contratos a honorarios de todo el personal del programa excepto el responsable del equipo nacional ( entre uno a 7 años).

La red de implementación del componente asistencial a nivel local escuela funciona gratuitamente lo que dificulta plantear exigencias de calidad en las actividades a realizar a ese nivel.

### 3. Observaciones en torno a los instrumentos de gestión del programa

(a) Observaciones y comentarios en torno a los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación del programa/proyecto

- El Programa de Salud Escolar cuenta con un sistema de monitoreo adecuado a los requerimientos del Programa.
- El Programa esta maduro en los Componente ATENCIONES MEDICAS A ESCOLARES ..... Y ORTOPEDIA PROFESORES , PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA, COORDINADORES COMUNALES Y PADRES CAPACITADOS EN SALUD ESCOLAR
- Para el componente PROFESORES , PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA, COORDINADORES COMUNALES Y PADRES CAPACITADOS EN SALUD ESCOLAR se sugiere dejar menos indicadores por niveles de intervención:
  - Nivel local
  - nivel regional
  - nivel nacional
- Habría que agregar un monitoreo y seguimiento permanente para los componentes de Salud Mental y promoción de la salud.

(b) Observaciones y comentarios en torno a los indicadores de gestión e impacto del programa/proyecto

b.1 Los indicadores dan cuenta de la gestión del programa y esto se refleja en el informe anual de gestión donde se describen los procesos, actividades, procedimientos y resultados . No se cuenta con indicadores de impacto medidos.

b.2. Para el componente 4 existen los siguientes indicadores

- Acciones de difusión realizadas.
- Numero y tipo de beneficiario directos e indirectos
- Tipo de material educativo utilizado
- Contenidos entregados
- Actividades realizada para entrega de contenidos

b.3 Las actividades del componente ATENCIONES MEDICAS A ESCOLARES EN EL AREA DE OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA Y ORTOPEDIA están mezcladas, podrían ser reformuladas para hacerlas mas claras y pertinentes al programa por niveles de intervención:

- Nivel local
- nivel regional
- nivel nacional

#### VI. OBSERVACIONES EN TORNO A LOS ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

El P.S.E. se financia a través del aporte fiscal exclusivamente desde 1998, anteriormente recibía un aporte por el programa MECE, los porcentajes se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla N 1 Descripción del aporte fiscal y aporte MECE

AÑO	1994	1995	1996	1997	1998
Aporte fiscal	10,1%	42,2 %	52,7 %	82,4 %	100%
Transferencia de otras Instituciones públicas (MECE)	88,8%	47,6%	36,1%	4,7%	0%
Saldo inicial de caja	1,2%	10,0%	11,2%	12,9%	0%

Existe una circular a todo el país donde se explicita la distribución presupuestaria y los criterios de asignación de recursos, además de los formatos a utilizar para devolver la información al nivel central y el flujo de caja con la programación que debe hacer la región para el año. El programa cuenta con el monitoreo del gasto realizado según los siguientes ITEMS

- Para el área asistencial SUBTÍTULO 25:  
Ingresos o controles considerando matricula, prevalencia e incidencia de los problemas oftalmo. Otorrino y ortopedia, numero de prestaciones programadas según porcentaje de indicaciones de tratamientos y exámenes observados en cada región con un reajuste de un 4,5% para el año 1998
- Para el área capacitación SUBTÍTULO 22:  
Existen criterios para la asignación de estos recursos, montos a gastar en materiales de oficina y costo por participante en talleres y jornadas.
- Para el área de Personal SUBTÍTULO 21:  
Existe un criterio para viáticos y pasajes .

Nos parece que el manejo presupuestario de conocimiento de todos los involucrados da cuenta de una transparencia en el uso de los recursos. El que se tengan criterios claros explicitos de como se asigna este presupuesto por región apunta a un trabajo equitativo y adecuado a la realidad local.

Costo por niño atendido	Atendido	por factor	Matriculado	por factor
1992	5.124		1.600	
1993	6.602		1.522	
1994	7.317	9.490	1.106	1.434
1995	7.361	8.818	791	947

1996 no está el dato

1997 no está el dato

Se constata que el gasto que se realiza para la atención de médico especialista (oftalmólogo, otorrino y traumatólogo) solucionándole el problema al niño que necesitó lentes, audífono, plantillas y exámenes, es bajo, 8.818 pesos corregidos por el factor año 1995. Resulta mas bajo aun, si se considera que ha este programa tiene acceso toda la matricula de la enseñanza básica municipalizada y particular subvencionada, el gasto por niño matriculado sería de 947 pesos corregidos año 1995.

No existen otros programas de similares características con el cual comparar estas cifras. Pero existe el siguiente estudio realizado por JUNAEB año 1997:

**TABLA N 2 comparación de costo por prestación en las áreas de atención del componente ATENCIONES MEDICAS A ESCOLARES EN EL AREA DE OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA Y ORTOPEDIA.1997**  
**AREA OFTALMOLOGÍA**

	Costo Directo pagado Por el P.S.E.	Tarifa FONASA	Tarifa PARTICULAR
Consulta	4.600	8.272	18.000
Lentes	8.580	22.000	22.000
Ejerc..estrabismo	18.000	20.920	38.000

**AREA OTORRINOLARINGOLOGIA**

	Costo Directo pagado por el P.S.E.	Tarifa FONASA	Tarifa PARTICULAR
consulta	4.800	8.128	18.000
audiometría	4.800	6.032	13.200
impedanciometría	3.400	3.872	11.000
audifono	150.000	252.200	280.000
Rx	5.820	7.104	9.900

**AREA TRAUMATOLOGIA**

	Costo Directo pagado por el P.S.E.	Tarifa FONASA	Tarifa PARTICULAR
consulta	4.310	4.560	15.000
kinesioterapia	11.500	12.672	77.000
plantillas	2.880	5.330	8.000
Rx columna	8.682	10.528	19.500
Rx pie	6.300	6.320	8.500

- Como se observa en el cuadro los valores que está pagando el programa de Salud Escolar es inferior al Fonasa y muy por debajo del valor de la prestación en forma privada. estos valores lo han logrado con bandas de precios .
- El costo real del programa no se puede calcular ya que no se cuenta con lo gastado por el municipio en la escuela y la atención primaria y por otro lado JUNAEB en gasto de infraestructura ( oficinas), comunicaciones ( teléfono, computación, envío de correspondencia) y los otros departamentos como finanzas, estudios y administración.
- Tampoco se puede calcular el costo en administración ya que en el Subtítulo 22 están incluidos gastos de los componentes PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA, COORDINADORES COMUNALES Y PADRES CAPACITADOS EN SALUD ESCOLAR , y PRODUCCION DE MATERIAL EDUCATIVO DE PROMOCION DE LA SALUD EN LA ESCUELA además de gastos de oficinas
- Se menciona en el informe del año 1995 un indicador de productividad donde se considera la transferencia / por el numero de funcionarios y esto corresponde a 26.442.366 . Este es un indicador muy grueso pero que tiene un problema al considerar personas que no tienen el mismo n° de horas de trabajo.

Analizando el ANEXO FORMATO A con respecto a los ítems personal, Bienes y servicios, y transferencias se observa:

- el porcentaje de ejecución del presupuesto ha sido variable en el transcurso de los años, siendo el mas bajo en 1996 con un 74,2 % , subiendo el año siguiente a un 97,7% el año siguiente.
- si se analiza la distribución del gasto por ítem el porcentaje en personal oscila entre un 10,5% a 12,6%, siendo el porcentaje menor el año 1997. En el sector público de salud el 35% de su gasto corresponde a personal ( tarjeta de presentación año 1996)
- el ítem bienes y serv. se ha mantenido entre un 4,4% y un 6,3% , mayor el año 1996 y menor 1997.
- Llama la atención que el porcentaje del gasto en transferencia se mantiene entre un 80,9% y un 85,5% . Esto corresponde a lo gastado en el componente ATENCIONES MEDICAS A ESCOLARES EN EL AREA DE OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA Y ORTOPEDIA. Aunque aumentan las atenciones y el numero de niños que acceden al programa, el porcentaje gastado se mantiene estable. Esto nos hace pensar que el programa se va haciendo mas eficiente al correr de los años.
- con respecto al presupuesto de la institución el programa de Salud escolar solo corresponde a alrededor de un 2% del presupuesto JUNAEB.
- solo un año tiene el ítem inversiones , estas corresponden al año 1996 y son la elaboración de material educativo Software JUNAMIGOS y a la elaboración de un sistema de cobros a ISAPRE

En la asignación de recursos del año 1998 se mencionan que este año no habrá financiamiento para intervenciones quirúrgicas. Respecto a esto el programa señala que la asignación presupuestaria ha estado siempre por debajo de lo solicitado lo que ha llevado por una parte a variar técnicamente ciertas intervenciones como ( controles año por medio) y a postergar ciertas prestaciones como la cirugía. Lo que le indica al panel la necesidad de focalizar este programa. Esto es especialmente delicado ya que no solo es importante considerar la vulnerabilidad socioeconómica si no que también es importante considerar la accesibilidad a la atención y el daño en salud . La focalización debe tender siempre a la equidad. Se puede considerar una atención prioritaria a aquellos que gozan de gratuidad en el sistema público de salud. o se pueden entregar cupos adicionales en función al Índice de Vulnerabilidad de la Escuela (IVE) JUNAEB.

#### VIII. OBSERVACIONES EN TORNO A LOS APRENDIZAJES DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA/PROYECTO Y A LAS PROYECCIONES DEL MISMO

1. Observaciones y comentarios en torno a los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del programa/proyecto

1.1 Se ha logrado una constante mejoría en la ejecución del programa.

1.2 El trabajo intersectorial en red ha sido un acierto como estrategia de implementación de este programa.

1.3 El niño logra una adhesión de parte de profesores, familia, funcionarios de A.P que este programa ha sabido aprovechar.

1.4 Se menciona en la Memoria N°1 que la integración del personal del P.S.E. y el personal de JUNAEB ha sido lenta y difícil sobre todo en las oficinas nacional y metropolitana debido principalmente a las diferencias en la velocidad de los procesos, como se entiende el trabajo, y la demora del conducto regular, debido a diferencias generacionales, cultura laboral y de formación. Este programa que surge financiado por el MECE prueba un sistema de trabajo participativo, ágil, con propuestas innovadoras (como los compromisos de gestión), parece relevante recalcar esto, enmarcado en la estrategia de modernización de la gestión del estado.

2. Observaciones y comentarios en torno a los reales y potenciales beneficiarios de dicho aprendizaje

Se hace necesario frente a la integración de estos programas innovadores en el aparato estatal (con una historia burocrática, autoritaria y extremadamente jerarquizada) intencionar cambios estructurales en una concepción moderna de servicio público.

Acogiendo el comentario del P.S.E. los beneficiarios también son los alumnos vulnerables que el programa atiende, el sector educación y Salud, gobierno local y organismos como la OPS( Organización Panamericana de la Salud) que pudiera replicar este tipo de programa en otras poblaciones infantiles.

### 3. Observaciones y comentarios en torno a la situación sin continuidad del programa/proyecto

Es fundamental asegurar la continuidad de este programa ya que tiene claros beneficios sociales. Si no existiera este programa, se vislumbra difícil poder contar con soluciones prontas y resolutivas para este grupo etareo, con el correspondiente perjuicio para la igualdad de oportunidades frente a la educación. Está probado que el actual sistema de salud por si solo no alcanza a atender satisfactoriamente a esta población. Por otro lado se reducirían las posibilidades de desarrollo de acciones de prevención involucrando a los diversos agentes de la comunidad escolar y de salud.

Es importante tener en cuenta que la mayoría de las patologías que atiende este programa son crónicas y requieren de tratamiento por un tiempo prolongado, de lo contrario la intervención es ineficiente. Si esta necesidad afecta a los escolares del segmento mas pobre del país, es impensable que sean las familias de estos niños ,las que puedan financiar la atención y posterior tratamiento de estas patologías.

El programa coincide plenamente en dichas observaciones. Resaltan los aportes del programa en el logro de los objetivos de la reforma educacional y por lo tanto su carencia redundaría en el atraso o fracaso de los escolares, con el consiguiente costo para el estado y el futuro del desarrollo de nuestro país. A su vez creemos que tiene una enorme posibilidad en la salud mental de los niños disminuyendo trastornos conductuales y emocionales que posteriormente pueden llegar a problemas de delincuencia, alcoholismo y drogadicción. Asimismo la posibilidad de desarrollar labores promocionales de salud, permite mejorar la calidad de vida y disminuir la aparición de enfermedades del adulto con el consiguiente ahorro para el estado.

### 4. Observaciones y comentarios en torno a los posibles retornos de programa/proyecto (sociales, económicos o políticos, directos o indirectos) que permitan pronosticar la autosustentabilidad del programa/proyecto a mediano o largo plazo

Este programa no se puede autosustentar, necesita el financiamiento del estado, considerando que atiende una población vulnerable desde el punto de vista bio,psico,social.

En los retornos sociales se puede mencionar la satisfacción de una demanda sentida por la gente.

En lo económico es sabido que las inversiones en educación y salud son altamente rentable desde el punto de vista de la conformación del capital humano, existe una relación costo beneficio que se logra.

En lo político contribuye a generar condiciones de igualdad de oportunidades en la educación.

Por todas estas razones el programa de salud escolar debe ser un componente básico de la reforma educacional.

El panel cree necesario identificar a los usuarios ISAPRE para pedir el reembolso de las prestaciones pero no creemos que estos niños ,deban quedar excluidos del programa dada la complejidad de la red, la escasez de especialistas sobre todo en regiones y las actividades de prevención realizadas deben ser para todos los niños de la escuela.

## ANEXO 1

### Programa de salud escolar

S\_ESC02

ITEM	1994		1995		1996		1997	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Personal	85,6%	10,9%	94,4%	12,5%	94,2%	12,6%	94,7%	10,5%
Bienes y Servicios	89,7%	4,4%	76,7%	4,6%	61,0%	6,3%	96,5%	4,0%
Inversiones	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
Transferencias	88,4%	84,7%	78,5%	82,9%	73,6%	80,9%	98,1%	85,5%
Total	88,1%	100,0%	80,1%	100,0%	74,2%	100,0%	97,7%	100,0%

A = Porcentaje del gasto efectuado con relación al presupuesto final aprobado.

B = Porcentaje del ítem con respecto al total gastado por el programa.

**ANEXO 1**

**Porcentaje del ítem gastado por el programa con respecto al ítem gastado por JUNAEB  
Programa de salud escolar y salud oral**

s\_ESC01

ITEM	1994			1995			1996			1997		
	TOTAL	ESC	ORAL	TOTAL	ESC	ORAL	TOTAL	ESC	ORAL	TOTAL	ESC	ORAL
Personal	1.699.492	8,0%	2,4%	1.913.044	7,5%	5,1%	1.991.968	8,1%	4,4%	2.125.875	7,9%	4,1%
Bienes y Servicios	1.473.230	3,8%	1,4%	1.326.430	4,0%	2,7%	1.346.895	5,9%	5,2%	1.476.774	4,4%	2,0%
Inversiones	443.684	0,0%	0,0%	248.696	0,0%	46,7%	161.566	1,9%	0,0%	147.171	0,0%	0,0%
Transferencias	53.559.898	2,0%	0,7%	54.680.804	1,7%	0,7%	62.549.021	1,7%	0,7%	61.922.482	2,2%	0,8%
<b>Total</b>	<b>57.176.304</b>	<b>2,2%</b>	<b>0,7%</b>	<b>58.168.974</b>	<b>2,0%</b>	<b>1,1%</b>	<b>66.049.450</b>	<b>1,9%</b>	<b>0,9%</b>	<b>65.672.302</b>	<b>2,5%</b>	<b>0,9%</b>

MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS  
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

PROCESO DE EVALUACIÓN 1998  
FICHA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

FORMATO C

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

<b>I.- DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO/PROGRAMA</b>	
1. Nombre del Programa/Proyecto	
<b>Programa de Salud Escolar y atención Médica</b>	<b>Código 39</b>
PROGRAMA SALUD ESCOLAR.	
3. Ministerio responsable: <b>MINEDUC</b>	
4. Servicio responsable (si corresponde): <b>JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS. (JUNAEB)</b>	
<b>A. NIVEL DE DISEÑO DEL PROGRAMA/PROYECTO</b>	
<b>II. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LA JUSTIFICACIÓN QUE DA ORIGEN AL PROYECTO</b>	
1. Conclusiones en torno a la justificación a nivel de políticas públicas	
<p>Chile tiene una tradición histórica de asistencialidad escolar que viene de 1920 con la Ley de Instrucción Primaria. “ La educación no es un sector mas de la política social de un gobierno. En este sector se juegan las herramientas fundamentales para los otros sectores. En términos de igualdad de oportunidades, si no existe esta igualdad en la educación, no lo habrá en ningún otro ámbito institucional.” ( Cristián Cox, Coordinador General MECE, MINEDUC.) En este contexto, siendo el sector público el responsable de atender las necesidades básicas de la población escolar chilena, la realización de este programa ,que tiene un alto sentido de equidad es de gran importancia. “La escuela constituye un poderoso espacio para promover el conocimiento y la motivación necesaria para la mantención de actividades positivas hacia la salud física, mental y social. Está probado que los niños sometidos a un programa escolar de educación para la salud influencia cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud de los padres. De esta manera, es la escuela la institución a través de la cual los programas de educación y las acciones de mejoría de la calidad de la salud puedan alcanzar una mayor cobertura, en forma directa (escolares, profesores y personal de la escuela) y en forma indirecta a los padres de los escolares.”( Dr. Fernando Muñoz P. Subsecretario de Salud, Ministerio de Salud.) Los daños que se detectan en los primeros años de escolaridad, y que tienen una solución con tratamiento médico, inciden directamente en el crecimiento satisfactorio del escolar y su rendimiento académico.El Programa de Salud escolar (P.S.E) desarrollado desde el sector educación, cumple además ,con la reforma en salud puesta en marcha por el gobierno consistente en acercar la salud a la gente, humanizar los servicios, construir un nuevo modelo de atención y elevar la calidad de los servicios a los usuarios del sistema público.</p>	
2. Recomendaciones en torno a la justificación a nivel de políticas públicas	
<p>2.1. Mantener un programa nacional dirigido a escolares de enseñanza básica subvencionado, con financiamiento del estado, con orientación de tipo preventivo, y en los casos que corresponda de diagnóstico precoz y reparación integral, destinados a potenciar la inversión desde los niveles básicos de educación</p> <p>2.2. Constituir una Mesa de Trabajo permanente con la participación del MINSAL, MIDEPLAN, Universidad de Chile (INTA), MINISTERIO DE JUSTICIA , en la estructura de la JUNAEB</p>	

### 3. Conclusiones en torno a la justificación a nivel de condiciones sociales y/o económicas a mejorar

La educación tiene un rol estratégico en el proyecto de nación. Chile como miembro participante en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, en 1995, convocada por las Naciones Unidas, se comprometió a erradicar la pobreza, promover el empleo productivo y bien remunerado, así como la integración social. Por lo tanto deben seguir desarrollándose políticas públicas de inversión social en áreas como la salud y educación, capacitación y nutrición las cuales constituyen herramientas para alcanzar un mayor crecimiento y representan un potencial productivo de la sociedad.

Un antecedente relevante lo aporta la encuesta CASEN 1996 la que demuestra que el 33,4% de la población infantil está en condiciones de pobreza. En este sentido este programa se basa en un alto sentido de equidad, ya que esta dirigido a una población que no tiene acceso a las especialidades médicas sofisticadas y de alto costo, a la que los servicios de salud no pueden atender porque no disponen de capacidad instalada a nivel local y menos aún para atender las zonas rurales.

Sumado a lo anterior la escuela es un lugar privilegiado para realizar intervenciones, es la unidad organizacional mas pequeña y ampliamente distribuida del estado. Las intervenciones en ella implementadas permiten asegurar una cobertura universal y hacen posible actividades de seguimiento en el tiempo y mediciones de impacto, así mismo su rol como entidad protectora y formadora en salud esta probada. Las patologías que interviene el Programa de Salud Escolar están relacionados con lograr lo óptimo en términos de aprendizaje e inserción social. Su demanda puede no ser la patología en sí, pero sí sus consecuencias. Es decir, mal rendimiento escolar, dificultades en la inserción social, mala conducta. Algunas discapacidades pueden retrasar o enmascarar el desarrollo de otras cualidades , así por ejemplo una deficiencia en el lenguaje puede dificultar la expresión de otras cualidades como la inteligencia. Un individuo miope sufre una deficiencia funcional pero como se corrige con lentes no tiene por que desarrollarse una discapacidad. Todo individuo que no llega a tener un desarrollo normal para la existencia y supervivencia del hombre como ser social, se encuentra en situación de desventaja en relación a su semejante

### 4. Recomendaciones en torno a la justificación a nivel de condiciones sociales y/o económicas a mejorar

4.1. Dada la realidad de nuestro país ,todo lo que se invierta en el área de prevención es de menor costo que lo que se ocupa posteriormente para el tratamiento de las patologías.Por lo tanto se deben seguir desarrollando y mejorando la atención de las áreas en que actualmente se está trabajando ,procurando una atención que resuelva integralmente el daño en el escolar . Es decir desde a la consulta del especialista hasta la intervención quirúrgica en caso de ser necesario.

4.2 . Procurar ampliar las acciones del Programa en ámbitos como la Salud Mental y la Promoción de la salud. (estilos de vida saludable).

### 5.-Conclusiones en torno a los antecedentes que fundamentan la justificación del proyecto y su continuidad: constitucionales, legales, administrativos y políticas de inversión.

El gobierno, a través de la UNICEF señala que los niños son la medida del progreso o la ausencia del mismo. Se deben hacer todos los esfuerzos para que los niños de las familias pobres puedan permanecer en la escuela y aprovechar al máximo las posibilidades de aprendizaje.

El Art 19 N° 10 de la constitución señala : la educación tiene por objeto el pleno desarrollo de la persona en las distintas etapas de su vida. La educación básica es obligatoria, debiendo el estado financiar un sistema gratuito con tal objeto, destinado a asegurar el acceso a ella a toda la población.

El Art. 19 N° 9 de la Constitución política señala que el Estado debe proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de la rehabilitación del individuo.

En la cumbre mundial en favor de la infancia en 1990 , así como la convención de los

**Derechos del Niño han creado conciencia que la educación es un derecho de todo niño que se debe garantizar.**

**El programa de Salud Escolar es una programa que contribuye a mantener al niño en el sistema escolar, generando condiciones para que los individuos estén aptos para la vida futura, permitiendo en lo inmediato, mejorar los niveles de rendimiento, además de mejorar la autoestima.**

**La cumbre mundial en favor de la infancia en 1990, así como la Convención de los Derechos del Niño han creado conciencia que la educación es un derecho de todo niño que se debe garantizar. En este contexto el PSE contribuye al mejor aprovechamiento de las oportunidades para el desarrollo integral del niño, y, entre otros, mantenerlo en el sistema escolar.**

**La JUNAEB tiene una estructura administrativa, al servicio de la asistencia escolar a lo largo del territorio nacional, con supervisores que llegan a las escuelas más aisladas del país. Esto facilita la implementación de un programa a nivel nacional utilizando la capacidad instalada. El desarrollo de este programa, insertado en la escuela, tiene grandes ventajas desde el punto de vista de la Salud pública, ya que al tener una población cautiva se pueden realizar intervenciones sistemáticas, involucrando al grupo familiar y otros agentes de la comunidad. También permite el seguimiento de las intervenciones realizadas.**

**6. Recomendaciones en torno a los antecedentes que fundamentan la justificación del proyecto y su continuidad: constitucionales, legales, administrativos y políticas de inversión.**

**6.1. Potenciar la estructura administrativa que posee JUNAEB a lo largo del país manteniendo un rol contralor, de una manera descentralizada para hacerlo más dinámico y operativo.**

**6.2. Mantener convenios con sector públicos y privados.**

**6.3. Fortalecer el rol de los Municipios, especialmente, a través de convenios establecidos con estos mismos, los que le dan una continuidad a los programas y los acerca a la realidad local.**

**6.4. Velar por la focalización de manera que los beneficios del programa lleguen a los sectores más pobres**

**6.5. Velar por la vinculación permanente con los Servicios de Salud, en función de la integralidad de la atención y la maximización de los recursos.**

**III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LA IDENTIFICACIÓN DEL FIN DEL PROGRAMA/PROYECTO**

**1. Conclusiones en torno al fin planteado por el programa/proyecto**

**Para el PANEL el fin planteado para el PSE : “Apoyar integralmente al estudiante vulnerable, a fin de contribuir a la igualdad de oportunidades frente a la educación” es coherente con la Reforma Educacional, considera la vulnerabilidad no solo en relación con el nivel económico de la familia sino también a las limitaciones sensoriales, biológicas, psicológicas, socio culturales, que afectan directamente el aprovechamiento de las oportunidades que le ofrece el sistema educacional.**

**2. Recomendaciones en torno al fin planteado por el programa/proyecto**

**El fin de este programa se potencia y se logra en la medida que forma parte de una Política de Educacional. A través de ésta última se generan procesos de cambios gatillados por la sinergia de una intervención integral.**

**3. Conclusiones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del fin del programa/proyecto**

**Los indicadores definidos son correctos, en cuanto permiten medir el alcance de una meta. A través de ellos es posible establecer, si se han producido cambios en la población beneficiaria, en que dirección son estos cambios, y que evento los ha producido. El elemento ausente en estos indicadores es “la cantidad”, es decir cual es la medida propuesta a lograr para considerar el cumplimiento del fin.**

4. Recomendaciones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del fin del programa/proyecto

**En relación a los indicadores definidos por el PSE para medir el cumplimiento del FIN el PANEL señala que:**

- 4.1. La medición de los indicadores se puede realizar en una muestra representativa de la población escolar no es indispensable que sean anuales.
- 4.2. Es conveniente definir indicadores a nivel de la escuela y del escolar beneficiado.
- 4.3. Sería de utilidad contar con una serie histórica de impacto del programa a través del tiempo con los antecedentes de que dispone la institución.

5. Conclusiones en torno a las metas que a nivel de fin se ha propuesto el programa/proyecto

**Las metas es posible establecerlas comparando la brecha observada entre los que requieren y reciben el beneficio y aquellos que no lo reciben porque no lo requieren.**

6. Recomendaciones en torno a las metas que a nivel de fin se ha propuesto el programa/proyecto

6.1. Dado que la meta es un objetivo temporal y cuantitativamente dimensionado se recomienda :

**Fijar las metas considerando los siguientes indicadores:**

- Disminución de deserción escolar.
- Disminución de repitencia.
- Mejoría del SIMCE.

6.2. Creemos que el Fin del programa no se logra por la sola intervención de este, por lo tanto, a modo de sugerencia las metas deberían definirse en conjunto con otros programas de Educación.

7. Conclusiones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el fin del programa/proyecto se ha logrado

**Los medios de verificación de que dispone el programa ,en cuanto a fuente de información son accesibles, factibles de utilizar y disponen de toda la información necesaria y suficiente para realizar los estudios tendientes a verificar y evaluar el logro del fin de este mismo.**

8. Recomendaciones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el fin del programa/proyecto se ha logrado

8.1. Los medios de verificación deben ser mas específicos en cuanto a la información que aportan, considerando entre ellos:

- pruebas de castellano y matemáticas del SIMCE,
- Anuario estadístico de MINEDUC: deserción escolar, repitencia, año de retraso en el sistema escolar.

8.2. Definir escuelas centinelas para realizar en ellas un seguimiento completo, clasificando diferentes grupos a observar. utilizando los medios de verificación sugeridos.

9. Conclusiones en torno al nivel o grado de cumplimiento del fin del programa/proyecto

**No existe actualmente una evaluación que permita determinar en que grado este programa contribuye al mejoramiento del rendimiento escolar, a la disminución de la deserción escolar y la repitencia .**

10. Recomendaciones en torno al nivel o grado de cumplimiento del fin del programa/proyecto

**Es altamente recomendable realizar un estudio de Impacto del programa ,dado que es la única manera de verificar el resultado de los efectos del programa, en este sentido es posible orientar estudios tendientes a observar los cambios en la población**

beneficiaria, luego de 7 años de implementación. Para ello se sugiere hacer el recorrido histórico (antes del inicio del programa y después) debiendo complementarse con seguimiento de casos.

11. Conclusiones en torno a los supuestos necesarios para la "sustentabilidad" de los beneficios generados por el programa/proyecto, al nivel de: otras instituciones públicas co-ejecutoras, otras instituciones públicas, condiciones sociales, condiciones económicas, condiciones políticas y de instituciones o empresas privadas ejecutoras

**Es concluyente que debe existir una política sectorial (Educ.) e intersectorial (Salud-Educación-Justicia, Vivienda) que proteja al niño en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo.**

12. Recomendaciones en torno a los supuestos necesarios para la "sustentabilidad" de los beneficios generados por el programa/proyecto, a nivel de: otras instituciones públicas co-ejecutoras, otras instituciones públicas, condiciones sociales, condiciones económicas, condiciones políticas y de instituciones o empresas privadas ejecutoras

**Para favorecer la solidez de la intervención, es de suma importancia no perder de vista la metodología de intervención que ha diseñado el programa para su operacionalización: intersectorial, con participación del sector público y privado, inserto en el gobierno local, (municipio) favoreciendo la participación e integración de la comunidad escolar.**

#### **IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO AL PROPÓSITO DEL PROGRAMA/PROYECTO**

1. Conclusiones en torno al propósito planteado por el programa/proyecto

**El propósito planteado es demasiado genérico, no describe las condiciones necesarias para lograr el Fin, en este sentido no acota que aspectos de la atención de salud se van a resolver y la relación de estos aspectos con la presencia o ausencia del niño en la escuela.**

2. Recomendaciones en torno al propósito planteado por el programa/proyecto

**Definir el propósito de manera tal, que de cuenta de que este es el impacto directo a ser logrado como resultado de la utilización de los componentes y responda al requisito de que el Propósito es una hipótesis sobre el impacto o beneficio que se desea lograr. Por ello el PANEL sugiere definir el Propósito en los siguientes términos:**

**" Mejorar el nivel de salud y de vida de los escolares de alta vulnerabilidad socioeconómica, favoreciendo su rendimiento escolar, evitando su ausentismo y mal rendimiento por concepto de patologías auditivas, visuales, posturales y de salud mental."**

3. Conclusiones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del propósito del programa/proyecto

**Los indicadores definidos por el PSE son solamente cuantitativos, pero deben incluirse otros cualitativos que debieran evaluar, entre otros aspectos, el grado de satisfacción de los usuarios,**

4. Recomendaciones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del propósito del programa/proyecto

**4.1. El PANEL recomienda realizar estudios de casos tendiente a conocer el grado de satisfacción de los**

**usuarios, para ello se sugieren, (entre otros) los siguientes indicadores cualitativos :**

- % de padres que creen que el P.S.E contribuye a mejorar la salud de su hijo.**
- N° de actividades realizadas por los padres tendientes a apoyar tareas y acciones de**

<p>programa salud escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado de satisfacción de los beneficiarios directos</li> </ul> <p>4.2 Es importante y necesario conocer el grado de satisfacción de los beneficiarios indirectos (padres, Profesores, profesionales de atención primaria, especialistas).</p>
<p>5. Conclusiones en torno a las metas que a nivel de propósito se ha propuesto el programa/proyecto</p> <p>5.1. El rendimiento escolar es un indicador verificable en términos de cantidad calidad y tiempo.</p> <p>5.2. orporar metas relacionadas con el grado de satisfacción de los beneficiarios.</p>
<p>6. Recomendaciones en torno a las metas que a nivel de propósito se ha propuesto el programa/proyecto</p> <p>6.1. Para mantener en forma permanente los indicadores de rendimiento escolar deberán compararse año tras año.</p> <p>6.2. Los indicadores que pudieran medir el grado de satisfacción deben dar cuenta de la percepción de los beneficiarios directos e indirectos.</p> <p>6.3 Se deben realizar estudios de impacto.</p>
<p>7. Conclusiones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el propósito del programa/proyecto se ha logrado</p> <p>Los medios de verificación poseen y recogen los datos necesarios para constatar que el propósito del programa se ha logrado</p>
<p>8. Recomendaciones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el propósito del programa/proyecto se ha logrado</p> <p>Los medios de verificación son suficientes , adecuados y accesibles, pero no cuentan con un soporte informático para el análisis de los datos recopilados.</p>
<p>9. Conclusiones en torno al nivel o grado de cumplimiento del propósito del programa/proyecto</p> <p>De los indicadores planteados en el Marco Lógico,</p> <p>9.1. sería posible conocer el grado de cumplimiento del indicador; “% de niños tratados, en relación a los pesquisados con problemas” si se contara con un soporte informático.</p> <p>9.2 . de los indicadores “% de estudiantes que fueron asistidos por el PSE, que egresan de enseñanza básica” y “Rendimiento educacional comparado entre niños con tratamiento de Salud del PSE y niños sanos” , no es posible medir el grado de cumplimiento ya que se requiere una evaluación de impacto.</p>
<p>10. Recomendaciones en torno al nivel o grado de cumplimiento del propósito del programa/proyecto</p> <p>Realizar una evaluación de impacto para evaluar los restantes indicadores.</p>
<p>11. Conclusiones en torno a los supuestos que deben ocurrir para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Fin del mismo, a nivel de: otras instituciones públicas co-ejecutoras, otras instituciones públicas, condiciones sociales, condiciones económicas, condiciones políticas y de instituciones o empresas privadas ejecutoras</p> <p>Considerando el Propósito del programa y su población objetivo los supuestos son coherentes e indican acontecimientos, decisiones y/o acciones que necesariamente deben ocurrir para el logro del FIN.</p> <p>Para el PANEL estos supuestos son válidos ya que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• es fundamental la intersectorialidad en los diferentes niveles de intervención ,es decir Local, Regional y Nacional.</li> </ul>

- Así mismo los Municipios tienen un rol protagónico ya que es ésta entidad la que genera las condiciones para que las Escuelas, Consultorios Municipales lleven a cabo en forma oportuna las actividades de pesquisa y derivación a especialista, además del traslado de los niños a los centros de atención (especialmente en las comunas más pequeñas)
- La participación del Sector Salud a través de los Servicios de Salud distribuidos en todo el País es fundamental. Esta se traduce en la atención y disponibilidad de especialistas a lo largo del país y realización de intervenciones quirúrgicas .
- El MINEDUC a través de los Departamentos Provinciales de Educación, es quien facilita la coordinación con las escuelas particulares subvencionadas para que los escolares puedan acceder al programa.
- La participación del sector privado está dada por la provisión de servicios de atención de especialistas y de insumos para los tratamientos prescritos (lentes, audífonos y plantillas), ello ha permitido el acceso del Programa a los lugares más alejados.

12. Recomendaciones en torno a los supuestos que deben ocurrir para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Fin del mismo, al nivel de: otras instituciones públicas co-ejecutoras, otras instituciones públicas, condiciones sociales, condiciones económicas, condiciones políticas y de instituciones o empresas privadas ejecutoras

**12.1. Sector Salud :** Que el MINSAL incorpore en los compromisos de gestión la programación anual de las actividades de atención de los niños derivados desde las escuelas en los consultorios y/o posta rurales.

**12.2 Otros organismos Públicos**

- Las intendencias, los gobiernos regionales deberían tener un rol más activo hacia el Municipio y hacia JUNAEB para facilitar el acceso al Programa de aquellos escolares que más lo necesiten.
- Participación de Universidades y Entidades dedicadas a la investigación epidemiológica y de salud pública, en evaluaciones y monitoreo que permitan ir reorientando y mejorando los beneficios del programa.
- Involucrar a la SUBDERE del Ministerio del Interior, para que considere éste programa en la repartición del Fondo Común Municipal y del Fondo Nacional de Desarrollo Regional.
- Estimular a través de financiamiento FONDECYT líneas de investigación para la evaluación de impacto de programas sociales, ya que algunas instituciones públicas no disponen de estos recursos.

**12.3 . Municipio**

- Una alternativa para facilitar la implementación de intervenciones, una vez detectados los problemas de salud del escolar, son los Planes Anuales Desarrollo Enseñanza Municipal (PADEM)

**V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LAS COMPONENTES DEL PROGRAMA/PROYECTO**

1. Conclusiones en torno a los componentes que produce el programa/proyecto

1.1. El Panel esta de acuerdo como se estructuran los componentes en torno al propósito, constatando en ellos los aspectos Asistenciales, de Promoción y de Capacitación lo además da cuenta de una intervención en donde se intenciona una atención integral.

1.2. El PANEL considera la Promoción como un aspecto central para el logro del propósito que genera sus propios productos y actividades .El componente “Elaboración de material educativo” se ajusta mas bien a una actividad .

2. Recomendaciones en torno a los componentes que produce el programa/proyecto

2.1. Se sugiere que el Componente 4 se defina como “Promoción de la Salud en la escuela”, ya que este componente aporta otra característica necesaria para lograr el Propósito.

2.2 .Consideramos que el Componente ,planteado por el PSE : “Elaboración de material educativo” debe eliminarse ya que responde mas bien, a una actividad .

3. Conclusiones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento de los componentes del programa/proyecto

**Para el nuevo Componente “ Promoción de Salud en la escuela” y para el Componente “Programa piloto de Salud Mental ..... para se replicado” se requiere incorporar nuevos indicadores.**

4. Recomendaciones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento de los componentes del programa/proyecto

4.1. Para el componente “Promoción de Salud en la escuela“ se sugiere incorporar, entre otros, los siguientes indicadores:

- Numero de proyectos por Comuna.
- % de beneficiarios directos por comuna.

4.2. Para el Componente “Atenciones Medicas a escolares en las áreas de oftalmología,otorrinolaringología y ortopedia “ establecer con consultivos del PSE como definir y cuantificar la Patología Grave

4.3. Para el Componente “Programa piloto de Salud Mental..... para se replicado “ se sugiere incorporar los siguientes indicadores:

- Satisfacción de padres y apoderados
- Grado de adhesión al programa.
- N° de niños tratados.
- % de niños derivados a especialista

5. Conclusiones en torno a las metas que a nivel de componente se ha propuesto el programa/proyecto

**Las metas propuestas corresponden a una intervención de estas características. Es preocupante que este programa no disponga de un soporte informático que permita cuantificar y medir el cumplimiento de las metas.**

6. Recomendaciones en torno a las metas que a nivel de componente se ha propuesto el programa/proyecto

6.1 Definir nuevas metas para los nuevos indicadores propuestos.

6.2. El % del indicador 1.4 (%de niños con patología grave, pesquisados posteriormente) deberá establecerse con los consultivos de las respectivas Especialidades.

7. Conclusiones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que los componentes del programa/proyecto se han logrado

**En relación con el nuevo Componente “Promoción de la Salud en la Escuela”, se constata la existencia de la “Pauta de Seguimiento y Reporte de Proyectos de promoción” Este instrumento de verificación recoge información que da cuenta de las algunas de las actividades realizadas en el componente**

8. Recomendaciones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que los componentes del programa/proyecto se han logrado

8.1 Considerar como medio de verificación en el componente “Promoción de la Salud en la escuela” La Pauta de seguimiento y Reporte de Proyectos de Promoción”.

8.2. Dotar al PSE de un soporte informático que permita el uso eficaz de la información contenida en los medios de verificación.

**9. Conclusiones en torno al nivel o grado de cumplimiento de los componentes del programa/proyecto**

**9.1. Componente "Atenciones Medicas a escolares en las áreas de oftalmología, otorrinolaringología y ortopedia":**

9.1.1. Solamente se tiene el dato del indicador "% de estudiantes con diagnóstico de problemas" visuales, auditivos y posturales en relación al universo," aquí la meta está sobre el 100%.

9.1.2. De los restantes indicadores (4) los datos no se han procesado por carecer de recursos informáticos.

**9.2. Componente " Profesores, profesionales de la Atenc. Primaria, Coordinadores Comunales y padres capacitados en Salud Escolar":**

9.2.1. Se observa una baja importante en el porcentaje de falsos positivos en traumatología y oftalmología.

9.2.2. Los restantes indicadores no se pueden observar ya que a partir 1998 se están recolectando los datos.

9.2.3. No existen los medios de verificación para el indicador, Porcentaje de profesores que aplican en la actividad de la pesquisa lo aprendido en los talleres, por esta razón no se ha medido.

**9.3. Componente "Programa piloto de Salud Mental..... para se replicado "**

9.3.1. En el estudio que se esta validando este Componente, para el indicador "Niños atendidos que mejoran su salud mental en relación a niños de escuelas no intervenidas" su cumplimiento es de un 100%

**9.4. Componente "Producción de Material Educativo de Promoción de la Salud para la Escuela"**

9.4.1. El cumplimiento del componente es de un 100%

**10. Recomendaciones en torno al nivel o grado de cumplimiento de los componentes del programa/proyecto**

10.1. El programa necesita contar en forma urgente con un soporte informático para registrar los datos recogidos en los medios de verificación.

10.2. Es necesario la realización de una evaluación de impacto del programa.

10.3. Es especialmente relevante poder establecer la relación existente entre los componentes: "Atenciones Medicas a escolares ....y ortopedia" y "Profesores, profesionales de.... capacitados en Salud Escolar"

11. Conclusiones en torno a los supuestos que deben ocurrir a nivel de componentes para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo, a nivel de: otras instituciones públicas co-ejecutoras, otras instituciones públicas, condiciones sociales, condiciones económicas, condiciones políticas y de instituciones o empresas privadas ejecutoras

Los supuestos señalados por el PSE son correctos ya que ya que dan cuenta de los eventos necesarios que deben ocurrir para que el Programa contribuya al logro del Propósito .En este sentido el PANEL quiere señalar que:

- Especial relevancia tiene el profesor Coordinador de Salud en la escuela, ya que es quien operacionaliza la actividad concreta del acceso del escolar a la atención médica, tanto a la atención primaria como a la especialista. Esta actividad que la realiza en forma voluntaria y gratuita le da una especial fragilidad al programa: UNA INVERSIÓN DE ESTA ENVERGADURA, NO PUEDE DESCANSAR EN LA BUENA VOLUNTAD DEL PROFESOR.
- La atención a nivel de consultorio de Atención Primaria está financiada a través del per-cápita ,pero es necesario considerar que escolares son atendidos en el consultorio correspondiente al sector donde se encuentra la Escuela y no necesariamente en el consultorio del sector donde vive el niño. Por lo tanto es necesario buscar la forma de que estos recursos retornen al consultorio que efectivamente atendió al niño.

- **La labor del MINSAL es fundamental ya que es esta entidad, la responsable de las normas y operacionalización de las becas primarias y de retorno que puede ofrecer en estas especialidades**
- **Los Centros de salud mental (COSAM) son un recurso válido técnica y administrativamente para resolver la intervención y ejecución en la escuela del componente "Programa piloto de Salud Mental..... para se replicado " según modelo validado.**

12. Recomendaciones en torno a los supuestos que deben ocurrir a nivel de componentes para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo, a nivel de: otras instituciones públicas co-ejecutoras, otras instituciones públicas, condiciones sociales, condiciones económicas, condiciones políticas y de instituciones o empresas privadas ejecutoras

12.1. **Mantener la presencia permanente del Coordinador Comunal de Salud en cada Municipio**

12.2. **Mantener la presencia *permanente y remunerada* del profesor Coordinador de Salud en cada escuela**

12.3. **Establecer a nivel de Consultorio de Atención Primaria horas asignadas para la atención de los escolares derivados de la escuela.**

12.4. **Contar con disponibilidad del recurso especialista.**

12.5. **Para el Componente "Atenciones Medicas a escolares en..... y ortopedia" se sugiere considerar al Tecnólogo Médico con especialidad en oftalmología con 4 años de estudio universitario para el tratamiento de algunas patologías (evaluar la visión) como lo realizan los optometristas en otros países desarrollados.**

13. Conclusiones y recomendaciones en torno a la presentación del para qué y/o para quienes se producen los componentes del programa/proyecto

(a) Conclusiones en torno a la caracterización socioeconómica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa/proyecto

- **Es un programa que desde sus inicios focaliza a sus beneficiarios considerando la *escuela subvencionada* como unidad de intervención, a través de este mecanismo se asegura que la población escolar beneficiaria corresponda a los escolares más vulnerables.**
- **Para su operacionalización el PSE se inserta en la unidad educativa lo que facilita el acceso al Programa de los potenciales beneficiarios directos.**

(b) Recomendaciones en torno a la caracterización socioeconómica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa/proyecto

b.1. **Dado la vulnerabilidad social y económica de los beneficiarios, es recomendable velar por el buen funcionamiento de la red en el nivel local.**

b.2. **Por otro lado, es recomendable, considerar la información que aporta IVE JUNAEB para velar que el beneficio efectivamente llegue a los escolares más pobres.**

(c) Conclusiones en torno a la presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos

c.1 **El carácter incremental del programa ha sido un acierto ya que ha permitido intervenir un segmento de población escolar (1° a 7° básico) que ha permanecido en el programa durante 7 años.**

c.2 **Validación de la escuela como un espacio eficaz y eficiente para la intervención en Salud .**

c.3 **Son beneficios directos e indirectos de los diferentes Componentes:.**

**c.3.1 COMPONENTE “Atenciones Medicas a escolares.....y ortopedia” y**

**Beneficiarios Directos**

El escolar de 1° a 7° básico

**Beneficiarios Indirectos**

la familia del escolar  
los profesores de 1° a 7° básico

**c.3.2 COMPONENTE “Profesores,profesionales de.....capacitados en Salud Escolar”**

**Beneficiarios Directos**

Los profesores  
Personal de atención primaria  
Padres y Apoderados  
Especialistas  
Personal de JUNAEB

**Beneficiarios Indirectos**

Los escolares

**c.3.3 COMPONENTE “Programa piloto de Salud Mental..... para se replicado”**

**Beneficiarios Directos**

El escolar de 1° a 7° básico  
los profesores de 1° a 7° básico

**Beneficiarios Indirectos**

la familia del escolar

**c.3.4 COMPONENTE “Producción de material educativo de promoción de la Salud para la Escuela”**

**Beneficiarios Directos**

Toda la comunidad escolar  
(dependiendo a quienes se dirijan  
los proyectos, material educativo,  
cursos de TELEDUC)

**Beneficiarios Indirectos**

Toda la comunidad escolar

(d) Recomendaciones en torno a la presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos

d.1. Incorporación al PSE del prekinder y kinder en la detección y tratamiento de problemas oftalmológicos y otorrinolaringológicos para lograr una llegada más oportuna de algunas patologías como el estrabismo y la hipoacusia y lograr una mejor utilización de los recursos. Una intervención precoz, contribuye a que el niño pueda enfrentar el proceso de enseñanza aprendizaje en condiciones de igualdad. (JUNAEB ha solicitado dos años la incorporación de estos recursos al programa y no ha sido aprobado por el Ministerio de Hacienda)

d.2. Implementar paulatinamente el Componente “Programa piloto de Salud Mental..... para ser replicado” en escuelas de mayor riesgo,según el diseño validado.

(e) Conclusiones en torno a la identificación del número real de beneficiarios que utilizan los componentes producidos por el programa/proyecto

e.1. Se aprecia una buena aproximación a la identificación del número real de beneficiarios. Habría que analizar las diferencias de prevalencia detectadas en regiones con perfil socio-económico semejante, velando por la atención de los más pobres, la que se puede ver obstaculizada por dificultades económicas y/o desconocimiento de los padres.

e.2 Se aprecia claramente la intención de promover la participación de los padres, profesores, personal de atención primaria a través de los componentes “Profesores,profesionales de.....capacitados en Salud Escolar” y “Promoción de la Salud en la escuela” .

(f) Recomendaciones en torno a la identificación del número real de beneficiarios que utilizan los componentes producidos por el programa/proyecto

f.1. Realizar los estudios que puedan arrojar antecedentes acerca de las diferencias de prevalencia detectadas en regiones con perfil socioeconómico semejante.

f.2. Promover y fortalecer los espacios de participación de los padres y apoderados en las

**actividades de prevención, pesquisa y control de las patologías, ello en función de velar por la permanencia y continuidad ( control y tratamiento) de los escolares en el programa a través de los componentes “ Profesores, profesionales de.....capacitados en Salud Escolar” y “Promoción de la Salud en la escuela”.**

**(g) Conclusiones en torno a la caracterización socioeconómica de los beneficiarios reales finales del programa**

**g.1 La sola pertenencia a una escuela subvencionada es un requisito valido para ser beneficiario del Programa Salud Escolar. Actualmente los recursos que este dispone no están siendo suficientes para resolver el 100% de la demanda, debiendo incorporarse modificaciones tales como control año por medio y suspensión de las intervenciones quirúrgicas .La tarea por superar la pobreza exige, a los responsables de ejecutar programas sociales, ser rigurosos en la focalización de sus beneficiarios Especialmente difícil es determinar la focalización mas adecuada, cuando existe una demanda de salud insatisfecha a lo largo del país , en todo caso esta debe tender siempre a la equidad y no debe considerar solo vulnerabilidad socioeconomica sino que ademas incorporar accesibilidad geografica y magnitud del daño en la población.**

**g.2 Falta identificar los niños correspondientes a las ISAPRES y otros sistemas previsionales (FF:AA).**

**(h) Recomendaciones en torno a la caracterización socioeconómica de los beneficiarios reales finales del programa**

**h.1. Mejorar los mecanismos de focalización al interior de las escuelas subvencionadas, considerando vulnerabilidad socio-economica, accesibilidad geografica para la atención, magnitud del daño, para así asegurar una atención integral a los escolares mas pobres. La vulnerabilidad socioeconomica de la escuela puede estar determinada por IVE y al interior de la escuela se pone especial énfasis en los niños cuyas familias gozan de gratuidad en el sistema de salud estatal.**

**h.2. Identificar los niños que son beneficiarios de ISAPRES y otros sistemas previsionales de Salud para buscar mecanismos de retorno del financiamiento de prestaciones que ha entregado el Programa.**

**14. Conclusiones en torno a los efectos en los beneficiarios de los componentes que entrega el programa y su contribución al propósito del programa/proyecto**

**14.1 . Por la información entregada se puede conocer el buen uso de los efectos del programa, al menos en que se refiere a la atención primaria, y primeras consultas a especialistas. Sin embargo se debe velar por un adecuado seguimiento para prevenir el ausentismo a los controles en las diferentes especialidades.**

**14.2. Ha habido un mejoramiento en la pesquisa de parte de los profesores.**

**14.3 .Las herramientas y eventos de capacitación y de promoción facilitan y contribuyen al logro del Propósito del Programa. Tanto los padres, profesores, personal de atención primaria, especialistas personal de JUNAEB se involucran y se hacen co-responsables de las actividades que articulan la red en sus distintos niveles de intervención, todo ello incide directamente en la prevención, atención y/o reparación del daño en el escolar.**

**15. Recomendaciones en torno a los efectos en los beneficiarios de los componentes que entrega el programa y su contribución al propósito del programa/proyecto**

**Un soporte informático adecuado a los requerimientos del programa permite un adecuado seguimiento y control los escolares beneficiarios**

**16. Conclusiones en torno al impacto en la población objetivo realmente beneficiada por el programa/proyecto**

**No existe una evaluación de impacto del programa, sin embargo sus beneficios están llegando al 90% de los escolares del país, ello da cuenta de que el PSE responde a una necesidad real de los escolares.**

17. Recomendaciones en torno al impacto en la población objetivo realmente beneficiada por el programa/proyecto

**Llevar a cabo en el mediano plazo una evaluación de Impacto del Programa**

## **B. NIVEL DE GESTIÓN DEL PROGRAMA/PROYECTO**

### **VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA/PROYECTO**

1. Conclusiones en torno a las actividades que se debe cumplir para completar cada uno de los Componentes del programa/proyecto

**Las actividades definidas por el PSE, son las requeridas para el logro de las metas de cada uno de los componentes, pero parece más coherente desagregarlas por niveles de intervención u operacionalización: Nivel Local, Nivel Regional, Nivel Nacional.**

2. Recomendaciones en torno a las actividades que se debe cumplir para completar cada uno de los Componentes del programa/proyecto

**Se sugiere reordenar las actividades desagregándolas por niveles de intervención u operacionalización: Nivel Local, Nivel Regional, Nivel Nacional.**

3.- Conclusiones y Recomendaciones en torno a los sistemas de producción de los componentes

(a) Conclusiones en torno a los mecanismos mediante los cuales se producen los componentes

**La Metodología de Intervención que ha diseñado el programa para su operacionalización (intersectorial, con participación del sector público y privado, inserto en el gobierno local, promoviendo la integración de la comunidad escolar, favoreciendo la descentralización) generan los mecanismos necesarios para producir los componentes**

(b) Recomendaciones en torno a los mecanismos mediante los cuales se producen los componentes

**b.1. Poner especial cuidado en la producción del componente “ Profesores,profesionales de.....capacitados en Salud Escolar ”, dado que este componente comprende mucha actividades que potencian la producción adecuada del componente “Atenciones Medicas a escolares.....y ortopedia” y “Promoción de la Salud en la escuela”.**

(c) Conclusiones en torno a la organización que se ha dado el programa/proyecto para la producción de los componentes

**c.1. La tramitación jurídica de los convenios en el nivel central con los prestadores es lenta, ello incide directamente en la entrega oportuna y pertinente de las atenciones a los escolares.**

**c.2. La organización establece responsabilidades en los distintos niveles de intervención, ello es interesante por que permite visualizar e identificar en forma oportuna donde y cuando se producen aciertos, errores, dificultades.**

**c.3. La organización es la misma que ha dado respuesta a la cobertura inicial de 200.000 beneficiarios a 1.500.000 que atiende actualmente. Así mismo durante 5 años operaron solamente dos componentes (“Atenciones Medicas a escolares.....y ortopedia” y “ Profesores,profesionales de.....capacitados en Salud Escolar ”.**

**c.4. El seguimiento de los niños atendidos por PSE se realiza en forma manual a través de la revision de tarjeteros y cuaderno de registro que lleva el profesor coordinador de salud en cada escuela ya que el programa no cuenta con un soporte informático .**

**(d) Recomendaciones en torno a la organización que se ha dado el programa/proyecto para la producción de los componentes**

**d.1. Dotar en forma urgente al programa de un soporte computacional que permita la realización de seguimiento de los beneficiarios del Programa.**

**d.2. Las tramitaciones jurídicas de convenios con prestadores deberían ejecutarse en el Nivel Regional, evaluando la factibilidad de que sean por períodos superiores a un año.**

**d.3. Que los profesores de Coordinadores de salud de cada escuela cuenten con horas asignadas y remuneradas para realizar el trabajo que guarda relación con estos programas. Esta propuesta busca garantizar la responsabilidad de las personas que desempeñan tareas tan importantes como la detección oportuna y pertinente de los daños de la salud del escolar, como su derivación y seguimiento.**

**d.4. Contrato del personal que actualmente está a honorarios modificando si es necesario las plantas de la institución dando cabida a los profesionales que se desempeñan en aquellos programas nuevos que han resultado eficientes.**

**d.5 Flexibilizar (modernizar) la gestión administrativa de la institución disminuyendo la burocracia, estimulando la descentralización y el desarrollo de trabajo en equipos multidisciplinarios horizontales, evaluados por resultados obtenidos. El mejoramiento de la administración, por la adopción de las medidas sugeridas debiera traducirse en: la satisfacción del personal en su trabajo , y mejoramiento de la calidad y oportunidad de los servicios prestados a los usuarios.**

**(e) Conclusiones en torno a la estructura de la gerencia del programa/proyecto y sus responsabilidades**

**e.1. Llama la atención que los recursos humanos de que dispone el programa sean los mismo con que ha contado desde sus inicios, sin embargo la cobertura y los componentes han aumentado .**

**e.2. Según informe MIDEPLAN 1996 señala que el personal que labora por ½ jornada en realidad lo hace por más Tiempo. En esta misma evaluación se señala que no se dispone de apoyo administrativo (secretaría, vehículos)**

**e.3. Existencia de contrato a honorario de todo el personal que labora en el Programa. (ha excepción del responsable del equipo nacional).**

**(f) Recomendaciones en torno a la estructura de la gerencia del programa/proyecto y sus responsabilidades**

**f.1. Integración del personal que labora con contrato ha Honorarios en la estructura de JUNAEB**

**f.2. Evaluación de la demanda real de recursos humanos que requiere el Programa para responder a sus actuales requerimientos.**

**f.3. Evaluar la factibilidad de que sea JUNAEB quien remunere al profesor Coordinador de Salud en la Escuela**

**4. Conclusiones y recomendaciones en torno a los instrumentos de gestión del Programa**

**(a) Conclusiones en torno a los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación de Programa/proyecto**

**a.1. Los compromisos de gestión no están consolidados. Pero existen informes de gestión que abarcan hasta el año 1996.**

**a.2. En relación al seguimiento no existe información ya que no se dispone de un soporte informático .**

**a.3. Existe un amplio sistema de monitoreo .**

**a.4. En el caso de los Componentes “Atenciones Medicas a escolares.....y ortopedia” y “ Profesores, profesionales de.....capacitados en Salud Escolar “ se presentan un gran número de indicadores, en este sentido, el programa se ha validado como para definir los indicadores a nivel Local, Regional y Nacional.**

(b) Recomendaciones en torno a los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación de Programa/proyecto

**Evaluar y monitorear el componente "Programa piloto de Salud Mental..... para se replicado"**

(c) Conclusiones en torno a los indicadores de gestión e impacto del programa/proyecto

**c.1. Es interesante que en este programa se observa la participación activa de los diferentes actores involucrados ya que la gestión del mismo ha generado espacios que han demostrado su eficacia para mantener la adhesión y compromiso hacia los beneficiarios.**

**c.2. Se destaca la existencia de indicadores que dan cuenta de la gestión del programa definida en términos de procesos, actividades, procedimientos y resultados. Los ámbitos que miden los indicadores son los siguientes:**

- **Gestión presupuestaria y financiera.**
- **Gestión jurídica, de convenio con prestadores.**
- **Retro-alimentación al nivel nacional de la gestión regional.**
- **Alimentación del programa informático.**

**c.3 Se destaca los compromisos de gestión orientados a establecer las metas regionales salvaguardando la calidad y oportunidad de la atención y tratamientos. Estos compromisos de gestión se realizan a nivel regional**

**c.4. No se cuenta con medición de los indicadores de impacto.**

**c.5. Llama la atención que el porcentaje del gasto en transferencia se mantiene entre un 80,9% y un 85,5% aunque aumentan las atenciones y el número de niños que acceden al programa. Esto nos hace pensar que el programa se va haciendo más eficiente al correr de los años.**

(d) Recomendaciones en torno a los indicadores de gestión e impacto del programa/proyecto

**Los indicadores de gestión son numerosos y, considerando que el programa se ha validado, esta en condiciones de definir estos mismos a nivel Local, Regional y Nacional.**

## **VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LAS ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS**

**1. Conclusiones en torno a la eficiencia del programa/proyecto (realizar análisis de costo histórico 94-98 de los componentes producidos por el programa/proyecto y compararlos con los de otros proyectos públicos o privados similares)**

**1.1. El programa cuenta con el monitoreo del gasto realizado .**

**1.2. La información de los recursos financieros de que dispone el programa, es transparente y descentralizada ya que existen criterios claros de asignación de estos mismos .Cada región envía ,en su oportunidad, al nivel central el flujo de caja anual según su programación.**

**1.3 Se constata que el gasto que se realiza para la atención de médico especialista y posterior tratamiento de la patología , es bajo ; \$ 8.818 pesos corregidos por el factor año 1995. Resulta mas bajo aun, si se considera que ha este programa tiene acceso toda la matrícula de la enseñanza básica subvencionada, el gasto por niño matriculado sería de 947 pesos corregidos año 1995.**

**1.4. No existen otros programas de similares características con el cual comparar estas cifras. Pero existe el siguiente estudio realizado por JUNAEB año 1997:**

**VALOR EN PESOS AÑO 1997.**

**Comparación de costos por prestaciones del componente "Atenciones Médicas a escolares.....y ortopedia**

## OFTALMOLOGÍA

	Costo directo atención		Tarifa	Tarifa
	Prog.Salud	Esc.	FONASA	PARTICULAR
Consulta	\$ 4.600		\$ 8.272	\$ 18.000
Lentes	\$ 8.580		\$ 22.000	\$ 22.000
Ejerc..estrabismo	\$18.000		\$ 20.920	\$ 38.000

## OTORRINOLARINGOLOGIA

	Costo directo atención		Tarifa	Tarifa
	Prog.Salud	Esc.	FONASA	PARTICULAR
Consulta	\$ 4.800		\$ 8.128	\$ 18.000
Audiometría	\$ 4.800		\$ 6.032	\$13.200
Impedanciometría	\$ 3.400		\$ 3.872	\$ 11.000
Audífono	\$ 150.000		\$ 252.200	\$ 280.000
Rx	\$ 5.820		\$ 7.104	\$ 9.900

## Area TRAUMATOLOGIA

	Costo directo atención		Tarifa	Tarifa
	Prog.Salud	Esc.	FONASA	PARTICULAR
Consulta	\$ 4.310		\$ 4.560	\$ 15.000
Kinesiterapia	\$ 11.500		\$ 12.672	\$ 77.000
Plantillas	\$ 2.880		\$ 5.330	\$ 8.000
Rx columna	\$ 8.682		\$ 10.528	\$ 19.500
Rx pie	\$ 6.300		\$ 6.320	\$ 8.500

Como se observa en el cuadro los valores que está pagando el programa de Salud Escolar es inferior al Fonasa y muy por debajo del valor de la prestación en forma privada.

Pero el costo real del programa no se puede calcular ya que no se cuenta con el gasto realizado por:

- el municipio en la escuela,
- la atención primaria
- JUNAEB en gasto de infraestructura ( oficinas), comunicaciones ( teléfono, computación, envío de correspondencia) y los otros departamentos como finanzas, estudios y administración.

1.5 Tampoco se puede calcular el costo en administración ya que en el Subtitulo 22 estan incluidos gastos de los componentes PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA, COORDINADORES COMUNALES Y PADRES CAPACITADOS EN SALUD ESCOLAR , y PRODUCCION DE MATERIAL EDUCATIVO DE PROMOCION DE LA SALUD EN LA ESCUELA ademas de gastos de oficinas

1.6 Analizando el anexo formato A (Anexo1) con respecto a los ítems personal, Bienes y servicios, y transferencias se observa:

- el porcentaje de ejecución del presupuesto ha sido variable en el transcurso de los años, siendo el mas bajo en 1996 con un 74,2 % , subiendo el año siguiente a un 97,7% el año siguiente.
- si se analiza la distribución del gasto por ítem el porcentaje en personal oscila entre un 10,5% a 12,6%, siendo el porcentaje menor el año 1997
- el ítem bienes y Serv. se ha mantenido entre un 4,4% y un 6,3% , mayor el año 1996 y menor 1997.
- con respecto al presupuesto de JUNAEB el PSE solo corresponde a alrededor de un 2%.

- solo un año tiene el ítem inversiones , estas corresponden al año 1996 y son la elaboración de material educativo Software JUNAMIGOS y a la elaboración de un sistema de cobros a ISAPRE

1.7. En la asignación de recursos del año 1998 se mencionan que este año no habrá financiamiento para intervenciones quirúrgicas. Respecto a esto el programa señala que la asignación presupuestaria ha estado siempre por debajo de lo solicitado lo que ha llevado por una parte a variar técnicamente ciertas intervenciones como controles año por medio, y a postergar ciertas prestaciones como la cirugía, hasta la obtención de los recursos . Lo que le indica al panel la necesidad de focalizar este programa. Esto es especialmente delicado ya que no solo es importante considerar la vulnerabilidad socioeconómica si no que también es importante considerar la accesibilidad a la atención y la magnitud del daño en salud . La focalización debe tender siempre a la equidad. Se puede considerar una atención prioritaria a aquellos que gozan de gratuidad en el sistema público de salud. o se pueden entregar cupos adicionales en función al Índice de Vulnerabilidad de la Escuela (IVE) JUNAEB.

#### VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LOS APRENDIZAJES DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA/PROYECTO Y A LAS PROYECCIONES DEL MISMO

1. Conclusiones en torno a los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del programa/proyecto.

1.1. El trabajo intersectorial en red ha sido un acierto como estrategia de implementación de este programa.

1.2. Se ha logrado una constante mejoría en la ejecución del programa.

1.3 El niño logra una adhesión de parte de profesores, familia, funcionarios de A.P. que este programa ha sabido aprovechar.

1.4. La JUNAEB ha través de este Programa ha validado su eficacia y eficiencia en la puesta en marcha y ejecución de programas asistenciales, dirigido a la población escolar con cobertura nacional.

2. Recomendaciones en torno a los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del programa/proyecto

2.1. Se debe velar por proteger la metodología de intervención, especialmente lo referido a transparencia en distribución de recursos.

2.2. Fortalecer la interdisciplinariedad del personal que labora en el programa, tanto en el nivel central como regional.

2.3. Velar por la continuidad de la estrategia y metodología de intervención.

3. Conclusiones en torno a los reales y potenciales beneficiarios de dichos aprendizajes

La inserción del personal del P.S.E. y el personal de JUNAEB ha sido lenta y difícil especialmente en las oficinas nacional y metropolitana debido principalmente a las diferencias en la velocidad de los procesos, burocracia, y cultura laboral. Este programa, desde sus inicios introduce y valida un sistema de trabajo participativo ágil, con propuestas innovadoras, interdisciplinarios, (como los compromisos de gestión), enmarcado en el esfuerzo por aportar a la superación de la pobreza y ser coherente con una estrategia de modernización de la gestión del Estado.

4. Recomendaciones en torno a los reales y potenciales beneficiarios de dichos aprendizajes.

La JUNAEB debe hacer un esfuerzo real por integrar a la institución el Programa y sus funcionarios, realizando una evaluación de la inserción del programa y estudio de los procesos, para ser más eficaz.

**5. Conclusiones en torno a la ejecución sin continuidad del programa/proyecto**

**5.1. Las patologías que atiende este programa en muchos casos son patologías crónicas que perturban el curso normal de la vida durante un período prolongado de tiempo. El propio paciente no está conciente de la enfermedad y ella es detectada a través de reconocimiento o al pesquisarse síntomas inespecíficos. La enfermedad, una vez pesquisada, deberá ser resuelta para que el individuo, teniendo conciencia de ella, no permita que esta se transforme en un discapacidad.**

**5.2 Las acciones de prevención, promoción que han involucrado a los diversos agentes de la comunidad escolar y de salud se verían seriamente reducidas.**

**6. Recomendaciones en torno a la situación sin continuidad del programa/proyecto**

**Es fundamental asegurar la continuidad de este programa ya que tiene claros beneficios sociales y el sistema de salud estatal por si solo no alcanza a atender satisfactoriamente a esta población.; por ello ,sin la continuidad del PSE se vislumbra difícil poder contar con soluciones prontas y resolutivas para este grupo etareo, con el correspondiente perjuicio para la igualdad de oportunidades frente a la educación.**

**7. Conclusiones en torno a los posibles retornos de programa/proyecto (sociales, económicos o políticos, directos e indirectos) que permitan pronosticar la autosustentabilidad del programa/proyecto a mediano o largo plazo**

**Este programa no se puede autosustentar, las características sociales, económicas de los beneficiarios directos hacen inviable que esto pueda ocurrir. En este sentido el Estado debe cautelar su rol subsidiario en el esfuerzo por superar la pobreza, más aun, cuando los beneficiarios son los niños, son ellos los que en el futuro serán el reflejo del esfuerzo que hoy realiza el Estado por superar las desigualdades sociales y económicas. En este contexto, desde el punto de vista de la inversión social, este programa, sin ser autosustentable produce retornos sociales ya que responde una necesidad real y sentida por la gente. Es innegable además, que desde una perspectiva económica la inversión en educación y salud son altamente rentable ya que se logra una relación costo beneficio asociada a la conformación de capital humano. Finalmente en lo político contribuye a generar condiciones de igualdad de oportunidades en la educación.**

**8. Recomendaciones en torno a los posibles retornos de programa/proyecto (sociales, económicos o políticos, directos o indirectos) que permitan pronosticar la autosustentabilidad del programa/proyecto a mediano o largo plazo**

**8.1. Integrar el Programa de Salud Escolar como un componente básico de la Reforma Educativa.**

**8.2. El programa debe seguir contando con un presupuesto estatal acorde a las demandas del programa.**

**8.3. Considerando la relevancia de una intervención precoz en la prevención y educación en Salud los componentes “ Profesores, profesionales de.....capacitados en Salud Escolar” y “ Promoción de la salud en la Escuela” deben seguir considerando como criterio de focalización el 100% de la población de las Escuelas Subvencionada.**

**8.4. La Focalización señalada anteriormente , es necesaria en la ejecución de los Componentes “Atenciones Medicas a escolares.....y ortopedia” y “Programa piloto de Salud Mental..... para ser replicado”**

**8.5. No es recomendable que los beneficios de Isapres queden fuera de la red de atención, debido a la complejidad de esta misma y la escasez de especialistas en regiones .Pero si ,es necesario identificar a los usuarios ISAPRE para demandar el reembolso de las prestaciones otorgadas, evitando así el subsidio cruzado.**

<b>IX. SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES PRIORIZADAS</b>
<b>A. En torno al diseño del programa/proyecto (En relación a la eficacia y eficiencia del Programa)</b>
<p><b>A.1. Remunerar a profesor coordinador de salud en la escuela, evaluando la factibilidad de que sea JUNAEB quien aporte esta remuneración.</b></p> <p><b>A.2 Incorporación de Kinder y prekinder al programa considerando especialmente las patologías como estrabismo e hipoacusia.</b></p> <p><b>A.3. Replicar el programa de salud mental en aquellas regiones con más prevalencia de daño</b></p> <p><b>A.4 Fortalecer el seguimiento de la atención de los niños</b></p> <p><b>A.5 Focalización de beneficiarios según criterios que considere IVE JUNAEB, prevision del padre, magnitud del daño, accesibilidad geografica</b></p> <p><b>A.6 Operacionalizar mecanismo para el cobro a las ISAPRES</b></p> <p><b>A.7. Incorporar como componente : “ Promoción de la salud en la escuela “.</b></p>
<b>B. En torno a la gestión del programa/proyecto (En relación a la eficacia y eficiencia del Programa)</b>
<p><b>B.1. Otorgar un presupuesto que pueda responder a las demandas (por ejemplo intervenciones quirúrgicas que este año no se podrán financiar).</b></p> <p><b>B.2. Realizar estudios de impacto bio-psico- social.</b></p> <p><b>B.3. Regularización del personal a honorarios (contratación del personal a contrata o planta) y estudio de las necesidades si se extiende plan piloto de salud mental.</b></p> <p><b>B.4. Dotar al Programa de Salud Escolar del soporte computacional para el seguimiento de los niños, control de los recursos financieros. evaluar gestión, impacto.</b></p> <p><b>B.5. Evaluar la inserción del programa en la institución, y estudio de los procesos administrativos para buscar una mejor eficacia</b></p> <p><b>B.6. Descentralizar aquellas actividades de los componentes 1 y 2 que sean factibles de ser traspasadas al nivel regional.</b></p> <p><b>B.7. Determinar indicadores por niveles de intervención (nivel central, regional y local).</b></p>
<b>X. REFERENCIAS</b>
1. Documentos en base a los cuales se llevó a cabo el análisis.
<b>I. DOCUMENTOS PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR. JUNAEB</b>
<p><b>1. Antecedentes Legales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley de presupuesto de los años 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997 (6 páginas).</li> <li>- Decretos del año 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997 (36 páginas).</li> <li>- Bases Técnicas y administrativas: Propuesta Pública para la adquisición de lentes (15 páginas).</li> <li>- Bases Técnicas y administrativas: Propuesta Privada para la adquisición de audífonos (12 páginas).</li> </ul> <p><b>2. Manuales Operativos y Formularios de procedimiento del Programa:</b></p> <p><b>Manuales Operativos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manual de Procedimientos Administrativos Generales para la ejecución del Programa MECE (44 páginas).</li> <li>- Manual de Salud Escolar (Edición, 114 páginas – Reedición, 171 páginas).</li> <li>- Guías de Aplicación del Programa (8 páginas).</li> <li>- Normativa de Implementación Comunal del Programa de Salud Escolar. Región Metropolitana (21 páginas).</li> <li>- Normas Técnicas de Control de Patologías Ortopédicas (51 páginas).</li> <li>- Normas Técnicas de Control de oftalmológicas (63 páginas).</li> <li>- Normas Técnicas de Control de Patologías (65 páginas).</li> <li>- Circulares Anuales de Orientación a las Regiones en las áreas de Programación, Presupuesto, Jurídica, Audífonos, Promoción, Compromisos de Gestión y otras (10 páginas cada una).</li> <li>- Informes de Estado de Avance Semestral a las Regiones (4 páginas cada una).</li> <li>- Compromisos de Gestión: documento de trabajo (54 páginas).</li> </ul>

**Formularios:**

- Encuesta de 1° Básico (1 página).
- Informe de Necesidad de Atención (1 página).
- Formulario único: (1 página).
  - Derivación Escuela – Consultorio.
  - Derivación Especialista.
- Recetas áreas de Ortopedia, Oftalmología y Otorrino (1 página cada una).
- Ficha médicas para las tres especialidades (1 página cada una).
- Guías para el uso de lentes, plantillas y audífonos (8 páginas).
- Guías de ejercicio para tratamiento del pie plano (1 página).
- Carta al Director de Escuela (1 página).
- Carta al Profesor Jefe (2 páginas).
- Carta al Director de Consultorio (2 páginas).
- Antecedentes para solicitar Audífonos (1 página).
- Solicitud de Reparación de Audífonos (1 página).
- Ficha de Control de Audífonos (2 páginas).
- Carta a los padres de entrega de Audífonos (1 página).

**3. Documentos de Presentación del Programa**

- Documento de Presentación al Proyecto MECE (10 páginas).
- Documento de presentación en Congreso Iberoamericano de Asistencialidad Escolar (8 páginas).

**4. Documentos referida a la historia del programa.**

- Memoria 1 (30 páginas).
- Memoria 2 (30 páginas).
- Edición Congreso Iberoamericano (74 páginas).

**5. Tipo de Estadísticas Procesadas o sin Procesar.**

- Estadísticas Asistencial Acumulada Regional (24 páginas cada una).
- Encuesta al acompañante del Beneficiario (2 páginas cada una).
- Encuesta al Lugar de Atención (2 páginas cada una).
- Encuesta de Uso de tratamientos (lentes, plantillas y audífonos) (1 página cada una).
- Informes Regionales Compromisos de Gestión (Registros: 4 páginas cada uno – Anexos 15 páginas cada uno).
- Informes de Evaluación Regionales, Proyectos de Promoción 1997 (7 páginas cada uno).
- Informes Nacionales de Gestión Anual, Programa de Salud Escolar (30 páginas cada uno).

**6. Estudios Evaluativos y otros contratos por el propio Ministerio.**

- Términos de Referencia para la Contratación de la Evaluación del Programa de Salud Escolar 1995 (20 páginas).
- Estudio de MIDEPLAN VII Región (30 páginas).

**7. Otros**

- Software Educativo “JUNAMIGOS” para la red ENLACE. 1 CD ROOM.
- Capacitación TELEDUC: “Tres Niveles de Intervención para una escuela saludable” (200 páginas)
- Estudio: Pesquisa de Problemas de salud mental en escolares. MINSAL UNIVERSIDAD DE CHILE FONDECYT – JUNAEB 1992 (30 páginas).
- Estudio para validación de Modelo de Intervención. “Programa de Salud Mental Escolar en el Primer Ciclo Básico”. MINSAL – UNIVERSIDAD DE CHILE – FONDECYT – JUNAEB. 1993, 1994, 1995 y 1996 (60 páginas).
- Programa de Salud Mental en la escuela: Experiencias Pilotos en realización en las siguientes comunas: Pudahuel, Ñuñoa y Rancagua. 1997 (Proyectos, 7 páginas cada uno – Informes 15 páginas cada uno).
- 2 Videos de Difusión del Programa: VIII Región, 8 minutos – IX Región, 12 minutos.

2. Nombres de las personas entrevistadas, instituciones y fecha de las entrevistas realizadas durante el proceso de evaluación

**Reuniones:**

**27-V-98**

**Por JUNAEB**

1. **María Paz Guzmán, Representante Salud Escolar.**
2. **Paulina Humeres, Representante Salud Oral.**
3. **Amalia Cornejo, Representante de Planificación y estudio.**

**Por MINEDUC**

4. **Vivian Heye**

**Por Ministerio de Hacienda**

5. **Jazmine Soto**

**24-6-98**

1. **María Vidal, Ministerio de Hacienda**
2. **Jimena Federici, Ministerio de Hacienda**
3. **Claudia Barril, MIDEPLAN**

**8-7-98**

**Por JUNAEB**

1. **María Paz Guzmán, Representante Salud Escolar.**
2. **Amalia Cornejo, Representante de Planificación y estudio.**
3. **Lenka Friedmann W., Jefa Departamento de Pogramas**

**Por MINEDUC**

4. **Marcela Guzmán**

**Por Ministerio de Hacienda**

5. **Jimena Federici**

**17-8-98**

**Por JUNAEB**

1. **María Paz Guzmán, Representante Salud Escolar.**
2. **Paulina Humeres, Representante Salud Oral.**
3. **Amalia Cornejo, Representante de Planificación y estudio.**

**Por MINEDUC**

**Marcela Guzmán, Unidad de Estudio**

**Por Ministerio de Hacienda**

1. **Jimena Federici**