



APRUEBA ORIENTACIONES TÉCNICO PROGRAMÁTICAS  
AÑO 2013, DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL  
ESTUDIANTE DE LA JUNTA NACIONAL DE AUXILIO  
ESCOLAR Y BECAS.

RESOLUCION EXENTA Nº 193

SANTIAGO, 17 ENE 2013

VISTO:

Lo dispuesto en la Ley Nº15.720, que crea la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas; en el Decreto Supremo de Educación Nº 5.311 de 1968, que fija el Reglamento General de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas; en el Decreto Ley Nº 180 de 1973 que declara en reorganización la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas; en la Ley Nº 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la Ley Nº 19.880 de Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de la administración del Estado y en la Resolución Nº 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de Toma de Razón.

CONSIDERANDO:

1.- Que, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, en cumplimiento de sus funciones institucionales, desarrolla diversos Programas de asistencia social y económica en beneficio de los estudiantes más vulnerables del país, entre los cuales se cuentan Programas desarrollados por el Departamento de Salud del Estudiante de JUNAEB, que agrupa las áreas de Apoyo Psicosocial, Habilidades para la Vida, Salud Oral y Servicios Médicos.

2. Que, las Orientaciones Técnico Programáticas constituyen un instrumento de trabajo que permite entregar a todos los actores involucrados, directrices y recomendaciones que conduzcan a optimizar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción de los usuarios y controlar los costos de operación.

3. Que, en concordancia con lo anterior, este instrumento es utilizado por las Direcciones Regionales de JUNAEB, para coordinar y guiar la ejecución de los Programas del Departamento de Salud del Estudiante, en las distintas regiones del país.

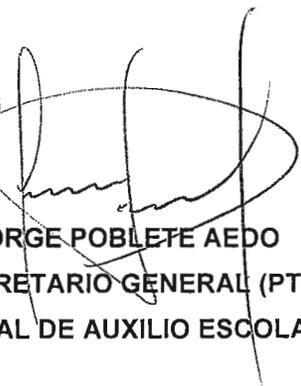


**RESUELVO:**

**ARTÍCULO ÚNICO: APRUEBANSE** las Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de JUNAEB, cuyo texto se adjunta como Anexo N° 1 a la presente Resolución y forma parte integrante de la misma.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE Y PUBLÍQUESE EN EL BANNER DE GOBIERNO TRANSPARENTE**



  
**JORGE POBLETE AEDO**  
**SECRETARIO GENERAL (PT)**

**JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS**

  
FSS/LNB/SPO/MJRS

**DISTRIBUCION:**

- Directores (as) Regionales
- Depto. de Salud del Estudiante
- Depto. Gestión de Personas
- Depto. Auditoría Interna
- Depto. Planificación y Estudios
- Depto. de Becas
- Unidad de Asesoría Jurídica
- Oficina de Partes





**ANEXO N° 1**

**ORIENTACIONES TÉCNICO PROGRAMÁTICAS 2013**

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

**JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS**

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>FOCALIZACIÓN</b>	6
<b>ÁREA DE APOYO PSICOSOCIAL</b>	7
1. INTRODUCCIÓN	7
2. PROGRAMAS DEL ÁREA	7
PROGRAMA CAMPAMENTOS RECREATIVOS PARA ESCOLARES (CRE)	7
2.1. CAMPAMENTOS RECREATIVOS	7
2.2. ESCUELAS ABIERTAS	10
PROGRAMA ESCUELAS SALUDABLES	13
2.3. ESCUELAS SALUDABLES PARA EL APRENDIZAJE (ESPA)	13
APOYO A LA RETENCIÓN ESCOLAR	15
2.4. PROGRAMAS DE APOYO A LA RETENCIÓN ESCOLAR	15
3. PRESUPUESTO Y COBERTURAS PROGRAMADAS POR PROGRAMA	17
4. CAPACITACIÓN A TERCEROS	19
5. CONTROL DE PROGRAMAS	19
6. MARCO NORMATIVO DE LOS PROGRAMAS Y/O SUS COMPONENTES	19
7. RECURSOS HUMANOS	20
<b>PROGRAMA HABILIDADES PARA LA VIDA</b>	21
1. INTRODUCCIÓN	21
2. ANTECEDENTES GENERALES	22
2.1. DEFINICIÓN DEL PROGRAMA	22
2.2. FOCALIZACIÓN: SISTEMA PRIORIZACIÓN ESCUELAS APLICABLE AL HPV	23
2.3. ÉNFASIS PROGRAMÁTICOS 2013	25
i. Énfasis técnicos y administrativos HPV I - HPV II	26
ii. Seguimiento Programa HPV: nivel nacional y regional	28
1. Seguimiento y monitoreo nacional	28
2. Seguimiento y acompañamiento regional	28
3. Ejecución nivel comunal	29
Énfasis del Programa en trabajo red intersectorial 2013	31
iii. Procedimientos y plazo de revisión de informes: continuidades	34
iv. Retroalimentación de informes y avances a coordinación nacional HPV	35
v. Acompañamiento nacional a la gestión regional HPV	36
vi. Orientaciones jurídicas HPV	36
vii. Encuestas de seguimiento y satisfacción usuaria en el HPV	41
2.4. PRESUPUESTO 2013 PROGRAMA HPV	42
1) Monto regional de continuidad para el 2013	42
2) Monto regional asignado para proyectos de continuidad HPV I de presupuesto Chile Solidario - MDS	42
Consideraciones generales de la asignación de presupuesto	43
Sumario de tablas de distribución de presupuesto 2013	43
2.5. PROGRAMACIÓN Y COBERTURAS 2013	51
2.6. CAPACITACIÓN A TERCEROS Y COORDINADORES REGIONALES	52
2.7. CONTROL DE PROGRAMAS	54
2.8. MARCO NORMATIVO PROGRAMA HPV	55
2.9. RECURSOS HUMANOS - ENCARGADOS REGIONALES Y NACIONALES	55
<b>ÁREA DE SALUD ORAL</b>	57
1. INTRODUCCIÓN	57
2. ANTECEDENTES GENERALES DEL PSO	57
2.1. DEFINICIÓN DEL PROGRAMA. OBJETIVOS.	57

I. Modelo de Atención Integral	57
II. Preventivo (leche fluorurada)	59
2.2. FOCALIZACIÓN DE BENEFICIARIOS	59
2.3. ASPECTOS CLAVES A DESTACAR DURANTE EL AÑO 2013	60
2.3.1. Decreto N° 209	60
2.3.2. Convenios	61
2.3.3. Artículos dentales	61
2.3.4. Sistema Informático	61
2.3.5. Manual Educativo "Educando sonrisas saludables"	62
2.3.6. Planilla correctora	63
2.3.7. Autorización sanitaria	63
2.3.8. Registros y Ficha clínica	64
2.4. PROGRAMACIÓN	64
2.5. PRESUPUESTO Y COBERTURAS PROGRAMADAS POR PRODUCTO	65
2.6. CAPACITACIÓN A TERCEROS	67
2.7. CONTROL DE PROGRAMAS	68
2.7.1. Auditorías odontológicas externas	68
2.7.2. Supervisión regional y visitas a Módulos Dentales	68
2.8. ACOMPAÑAMIENTO Y CONTROL INTERNO A LAS DDRR	69
Encuestas de satisfacción usuaria	69
2.9. MARCO NORMATIVO DEL PROGRAMA	71
Marco Jurídico	71
Marco Regulatorio	71
2.10. RECURSOS HUMANOS	72
<b>ÁREA DE SERVICIOS MÉDICOS</b>	<b>73</b>
1. INTRODUCCIÓN	73
2. ANTECEDENTES GENERALES DEL ÁREA	73
2.1. Objetivo	73
2.2. Características	73
2.3. Focalización	73
Prevalencia e incidencia en Oftalmología por región y curso	74
Prevalencia e incidencia en Otorrino por región y curso	74
Prevalencia e incidencia en Columna por región y curso	75
3. MODELO DE ATENCIÓN	77
3.1. Entrega de servicios asistenciales	77
3.2. Gestión local y en red	78
3.3. Habilitación y capacitación a actores claves	78
4. ÉNFASIS Y ANTECEDENTES CLAVES A DESTACAR EL AÑO 2013	78
4.1. Focalización	78
4.2. Continuación consolidación screening de barrido	79
4.3. Digitación	79
4.4. Incorporación Tecnólogos Médicos en la atención de controles	79
4.5. Trabajo colectivo interregional de servicios médicos	79
4.6. Gestión de alianzas y redes para el Programa	80
4.7. Supervisiones regionales	80
5. ÁREAS ESPECÍFICAS	81
I. Oftalmología	81
II. Otorrino	83
III. Columna	85
6. HITOS Y METAS	86
6.1. Del Programa a nivel regional	86
6.2. Del programa a nivel nacional	88
7. PROGRAMACIÓN SUBTÍTULO 24: PRESUPUESTO COBERTURAS PROGRAMADAS	88

8. CAPACITACIÓN A TERCEROS	91
9. CONTROL DE PROGRAMAS	91
10. MARCO NORMATIVO DEL PROGRAMA	91
11. ENCARGADOS NACIONALES / REGIONALES	92
<b>CONTROL DE GESTIÓN Y PRESUPUESTO</b>	93
1. INTRODUCCIÓN	93
2. FUNCIONES GENERALES	93
3. SISTEMA CONTROL DE GESTIÓN 2013 MEDIANTE MEDICIÓN DE INDICADORES	94
a) Indicadores H	94
b) Incentivos colectivos 2013	95
c) Tablero de control	96
4. MATRIZ DE RIESGO	101
4.1. Indicadores PMG de Género, de Descentralización, Seguridad de la información y otros	102
4.2. indicadores del Sistema de Calidad	102
5. ESTUDIO, ESTANDARIZACIÓN Y RACIONALIZACIÓN DE PROCESOS	102
6. SATISFACCIÓN USUARIA DE BENEFICIARIOS	102
7. CONTROL PRESUPUESTARIO	103

## INTRODUCCIÓN

Los Programas del Departamento de Salud del Estudiante (DSE) de la JUNAEB tienen como objetivo contribuir a mejorar el nivel de salud de escolares de Enseñanza Pre-Básica, Básica y Media, de escuelas municipales y particulares subvencionadas a través de acciones clínicas y de promoción. También buscan prevenir riesgos biopsicosociales favoreciendo su calidad de vida y acceso equitativo al sistema escolar.

El DSE se propone contribuir mediante el desarrollo de sus Programas, al cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década (2011-2020) y con mayor prioridad aún a mejorar la calidad de vida de niños/as y adolescentes del país que resulten beneficiarios de nuestros Programas y a contribuir a su mantención en el sistema escolar.

Para el año 2013, el Departamento se propone priorizar la capacidad de generar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita no solo resolver los problemas de salud infanto-juvenil actualmente existentes, sino además, afrontar los nuevos desafíos de salud que están descritos en la Estrategia Nacional de Salud que el Gobierno del Presidente Sebastián Piñera E., ha diseñado para dar cumplimiento a los Objetivos Sanitarios 2011-2020 a cargo del Ministerio de Salud, los cuáles están centrados no sólo a mejorar la salud de la población y disminuir las inequidades, sino también, entre otros, a mejorar los hábitos de vida, controlar los factores de riesgo y poner énfasis en la prevención.

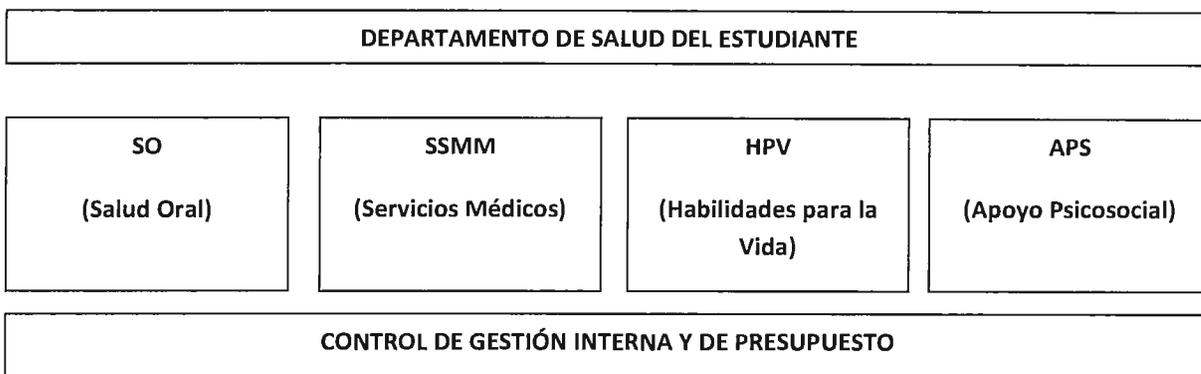
Además, durante el año 2013 se buscará potenciar a nivel nacional y regional el trabajo intersectorial mediante la participación en mesas de trabajo y reuniones bilaterales, entre otras, para así mejorar la coordinación con otras entidades públicas y privadas que puedan contribuir al desarrollo más efectivo de nuestros Programas y a la coordinación de las acciones involucradas.

Las supervisiones y el control de la gestión también serán ejes centrales para el año 2013, considerando que dichos procedimientos tienen como objetivo principal poder estar constantemente revisando los Programas y sus desarrollos de modo de estar en condiciones de revisar nuestras acciones y así avanzar en lograr que los distintos componentes de nuestros Programas sean lo más efectivos posibles. Ambas acciones, nos permitirán ir definiendo de mejor manera los desafíos y, por lo tanto, realizar mayores esfuerzos para cumplirlos, así como también reflexionar sobre los pasos a seguir. De esta manera podremos seguir asegurando la calidad de las atenciones y Programas que realiza el Departamento de Salud.

En términos generales, los Programas del DSE deben poner énfasis en lo siguiente:

- Potenciar el trabajo intersectorial y con las redes comunales de modo de generar acciones complementarias.
- Aumentar la satisfacción del usuario acercando la atención de salud a la población beneficiaria.
- Aumentar las supervisiones con el propósito de poder realizar un seguimiento más específico a los planes de trabajo y compromisos adoptados por las entidades ejecutoras y/o prestadores.
- Aumentar las acciones de promoción y prevención, sin descuidar las acciones curativas, para impactar en la calidad de vida de las personas.
- Entregar una atención de calidad, con el uso de la tecnología adecuada, basada en la evidencia, acorde a los nuevos requerimientos epidemiológicos y demográficos de la población.
- Las intervenciones deben centrarse en el usuario o alumno y tener, en la medida de lo posible, un enfoque familiar comunitario ya que no podemos olvidar que el alumno forma parte de un contexto, escuela y familia que afectan su desempeño.

Por último, es importante destacar que se mantiene la estructura orgánica del Departamento:



Finalmente, es importante destacar que estas Orientaciones Técnico-Programáticas tienen como objetivo entregar los lineamientos y principales hitos y desafíos para el año 2013, lo cual no quiere decir que durante el desarrollo de los Programas no puedan ir surgiendo nuevos desafíos y lineamientos que serán informados a su debido tiempo.

### **FOCALIZACIÓN**

Es importante destacar que para efectos de la focalización, la programación de actividades asociadas a los Programas que forman parte de la cartera de servicios del DSE estará destinada a todos (as) los (as) alumnos (as) de establecimientos educacionales municipales o particulares subvencionados de Enseñanza Pre-Básica, Básica, Media y Educación Especial, según corresponda a la especificidad de cada Programa, otorgando atención prioritaria y preferencial a aquellos alumnos beneficiarios cuyo sistema de salud corresponde al Fondo Nacional de Salud (FONASA), a aquellos alumnos pertenecientes al Sistema Chile Solidario y a los alumnos inscritos en el sistema de salud privado (ISAPRE).

## ÁREA DE APOYO PSICOSOCIAL

### 1. INTRODUCCIÓN

Durante el año 2012, se desarrollaron procesos conductores de mejoras y avances en la gestión de los Programas del Área de Apoyo Psicosocial, tales como:

- Formalización del Área mediante Resolución Exenta N°1, año 2012, de la Dirección Nacional.
- Elaboración de Manuales de Procedimiento de todos los Programas del Área, los cuales estarán aprobados durante el primer trimestre del año 2013.
- Oportunidad en la entrega de documentación necesaria, que permitió dar inicio a los procesos de concurso de cada Programa del Área, según programación.
- Coordinación Dirección Nacional - Direcciones Regionales para la revisión y retroalimentación de términos de referencia técnicos y administrativos.
- Evaluación de Desempeño de todas las entidades ejecutoras de Programas del Área de Apoyo Psicosocial.
- Realización de acompañamiento y supervisión a la mayoría de las Direcciones Regionales en las cuales se implementaron Programas del Área.

### 2. PROGRAMAS DEL ÁREA

#### PROGRAMA CAMPAMENTOS RECREATIVOS PARA ESCOLARES (CRE)

El Programa Campamentos Recreativos para Escolares (CRE) tiene como objetivo contribuir a que niños, niñas y jóvenes en condición de vulnerabilidad tengan acceso a ofertas programáticas de recreación y promoción de estilos de vida saludables.

El Programa se subdivide en dos modalidades de intervención:

- Campamentos Recreativos
- Escuelas Abiertas

#### 2.1. CAMPAMENTOS RECREATIVOS

##### 2.1.1. Hitos 2012:

- Ejecución de campamentos durante las temporadas de verano, invierno y primavera.
- Cumplimiento del Área respecto al envío oportuno de los términos de referencia de Campamentos de verano 2013.
- Construcción de sistema informático, el cual estará operativo desde el año 2013.
- Envío oportuno de Orientaciones Técnicas del Programa Campamentos Recreativos para Escolares 2013, aprobadas por Resolución Exenta Dirección Nacional N°3448 del 29 de Octubre 2012.
- Elaboración y envío de material de difusión (afiches y dípticos), que permitió apoyar el proceso de convocatoria de los estudiantes y entrega de información.
- Elaboración de Manual de Procedimientos del Programa.

##### 2.1.2. Desafíos 2013:

- Realizar Jornada de evaluación del Programa con Encargados(as) Regionales del Programa.
- Revisar y mejorar (según corresponda) los diferentes instrumentos de gestión utilizados en el Programa (pautas de supervisión, satisfacción usuaria, pauta de postulación, pauta de evaluación de proyectos, pauta de evaluación de desempeño).
- Difusión del modelo técnico del Programa a las redes locales (establecimientos educacionales – comunas).
- Elaborar catastro de entidades públicas y privadas para el desarrollo del Programa.
- Compartir carpeta desde la Dirección Regional con todos los convenios asociados al Programa.

### 2.1.3. Objetivos de la modalidad:

- **Objetivo General:** posibilitar el acceso de estudiantes priorizados a un campamento recreativo formativo destinado a promover estilos de vida saludable, descanso, diversión y reforzar su desarrollo educacional social y cultural durante el período de vacaciones.
- **Objetivos específicos:**
  - a) Privilegiar actividades que comprendan una metodología que responda a los siguientes pilares de la educación:
    - **Aprender a conocer:** estimular y motivar al estudiante de manera que logre la motivación suficiente que le permita a través de sus propios medios llegar a conclusiones de cultura general y de fenómenos del mundo circundante que aumenten su aprendizaje y capacidad de exploración.
    - **Aprender a hacer:** estimular al estudiante de manera que logre la motivación suficiente que le permita a través de sus propios medios ejercitar sus habilidades motoras finas y gruesas, permitiendo aumentar el sentido de auto competencia y autoestima proveniente del trabajo terminado y bien hecho.
    - **Aprender a ser:** identificar el modo en que se explora o se hace, permitiendo definir la propia personalidad e identificar fortalezas y debilidades que facilitan o dificultan el conocer y el hacer. Ej.: tipo de memoria que prima en el sujeto, razonamiento, sentido estético, capacidades físicas, comunicación, etc. Con un adecuado acompañamiento las debilidades que se identifiquen se podrán moldear y modelar para tener mayor éxito en el hacer y conocer.
  - b) Reforzar el aprendizaje de los siguientes contenidos transversales en las actividades:
    - **Actividad física:** promover la importancia de la actividad física en la salud.
    - **Alimentación saludable:** sensibilizar respecto a los hábitos de alimentación saludable, por ejemplo, dieta equilibrada, porciones, cantidad de comidas diarias, digestión de los alimentos, etc. En este ámbito se deben incorporar hábitos de higiene bucal en relación a las comidas diarias, higiene en la preparación de alimentos e incluir algunos elementos generales de higiene personal diaria.
  - c) Implementar actividades y contenidos que operativicen los Objetivos Fundamentales Transversales de la Reforma Educacional a través de metodologías lúdicas (ejemplo, talleres de teatro, talleres de literatura, etc.)

### 2.1.4. Población objetivo:

Contempla como beneficiarios (as) a niños (as) y jóvenes matriculados en establecimientos educacionales vulnerables, priorizados de acuerdo al Sistema Nacional de Asignación con Equidad (SINAE), en el rango etáreo de 8 a 18 años.

### 2.1.5. Criterios de focalización:

- **Continuidad:** en primer lugar es prioritario invitar a participar a los establecimientos educacionales vulnerables que participaron durante los años 2011 y 2012 a fin de propiciar el reconocimiento del Programa a nivel local (escuela – comuna).
- **Nuevos establecimientos:** en segundo lugar, priorizar establecimientos educacionales de Educación Básica o Media, de acuerdo a:

REGIÓN	CRITERIOS DE FOCALIZACIÓN ESTABLECIMIENTOS NUEVOS
Arica y Paríacota	IVE SINAE mayor o igual al 50%
Tarapacá	IVE SINAE mayor o igual al 50%

Antofagasta	IVE SINAЕ mayor o igual al 50%
Atacama	IVE SINAЕ mayor o igual al 50%
Coquimbo	IVE SINAЕ mayor o igual al 70%
Valparaíso	IVE SINAЕ mayor o igual al 70%; en el caso de Isla de Pascua y Juan Fernández se considerara todos los establecimientos IVE SINAЕ (sin porcentaje asociado)
Metropolitana	IVE SINAЕ mayor o igual al 70%
Del Libertador Bernardo O'Higgins	IVE SINAЕ mayor o igual al 70%
Maule	IVE SINAЕ mayor o igual al 70%
Biobío	IVE SINAЕ mayor o igual al 70%
La Araucanía	IVE SINAЕ mayor o igual al 70%
Los Ríos	IVE SINAЕ mayor o igual al 70%
Los Lagos	IVE SINAЕ mayor o igual al 70%
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	IVE SINAЕ (sin porcentaje asociado)
Magallanes y Antártica chilena	IVE SINAЕ (sin porcentaje asociado)

El criterio de focalización del Programa responde al comportamiento histórico que ha tenido éste y por esa razón que existen diferencias de corte del IVE en cada región.

En el caso que se incorporen establecimientos educacionales nuevos, el Encargado regional del Programa, previo al proceso de implementación de éste, deberá realizar un trabajo de sensibilización previo con dichos establecimientos, que incluya, por ejemplo:

- Jornadas de difusión
- Reuniones de coordinación con los DAEM, entre otros.

El listado de los establecimientos educacionales vulnerables, se obtendrá del archivo que se encuentra publicado en la página web institucional, Mundo JUNAEB: Prioridades 2012 Básica – Media IVE SINAЕ oficial.

En la eventualidad que la modalidad tenga una sobredemanda de beneficiarios(as), la Dirección Regional deberá priorizar el acceso, en función a la prioridad del estudiante, es decir, se deberá considerar prioridad 1°, 2 y 3° del IVE SINAЕ.

#### **2.1.6. Modelo de atención:**

La modalidad de Campamentos Recreativos incluye alojamiento, alimentación, seguridad, actividades recreativas- formativas, atención permanente a los beneficiarios(as) por parte de monitores(as), entre otros aspectos.

Los Campamentos Recreativos, se podrá implementar en los siguientes períodos:

- Vacaciones escolares, correspondiente a los períodos de verano e invierno.

- Fines de semana, correspondiente a los períodos de invierno o primavera.

La Entidad Ejecutora deberá desarrollar su proyecto contemplando principalmente tres líneas de acción:

- **Promoción de estilos de vida saludable:** las actividades deberán promover los estilos de vida saludable en los (as) beneficiarios (as), es decir, deben desarrollar un conjunto de acciones sistemáticas y planificadas, dirigidas a promover la actividad física y hábitos de alimentación saludable.
- **Buen uso del tiempo libre:** las actividades planificadas deberán estar en estrecha relación con los proyectos pedagógicos de la Jornada Escolar Completa (JEC) o Educación Extraescolar, considerando la relación con los distintos sectores y subsectores de aprendizajes.
- **Igualdad de género y promoción de derechos de los niños y niñas:** se deberá destinar a lo menos una sesión por grupo etario.

Es importante señalar que:

- La actividad deberá desarrollarse durante el período de vacaciones escolares y/o fines de semana.
- Las actividades de verano e invierno, tienen un tiempo máximo de duración de 7 días.
- Las actividades de primavera, tienen un tiempo máximo de duración de 3 días.
- El (la) beneficiario (a), podrá participar sólo una vez de la modalidad de la temporada en curso, (verano – invierno – primavera), por ejemplo, el estudiante sólo podrá participar una vez en verano.

## 2.2 ESCUELAS ABIERTAS

### 2.2.1. Hitos 2012:

- Coordinación con el Programa De 4 a 7 de SERNAM.
- Ejecución de campamentos durante las temporadas de verano e invierno.
- Cumplimiento del área psicosocial respecto al envío oportuno de los Términos de Referencia de campamentos de verano 2013.
- Construcción de sistema informático, el cual estará operativo durante el 2013.
- Envío oportuno de Orientaciones Técnicas del Programa Campamentos Recreativos para Escolares 2013, aprobadas por Resolución Exenta Dirección Nacional N°3448 del 29 de Octubre 2012.
- Elaboración y envío de material de difusión (afiches y dípticos).
- Elaboración de Manual de Procedimientos del Programa.

### 2.2.2. Desafíos 2013:

- Realizar Jornada de evaluación del Programa con Encargados(as) Regionales.
- Revisar y mejorar (según corresponda) los diferentes instrumentos de gestión utilizados en el Programa (pautas de supervisión, satisfacción usuaria, pauta de postulación, pauta de evaluación de proyectos, pauta de evaluación de desempeño).
- Difusión del modelo técnico del Programa a las redes locales (establecimientos educacionales – comunas).
- Elaborar catastro de entidades públicas y privadas para el desarrollo del Programa.
- Compartir carpeta desde la Dirección Regional con todos los convenios asociados al Programa.

### 2.2.3. Objetivos de la modalidad:

#### Objetivo General:

Ofrecer a los (as) beneficiarios (as) participantes un espacio recreativo y educativo, fomentando los estilos de vida saludable, el buen uso del tiempo libre y la buena convivencia, durante su período de vacaciones.

#### Objetivos específicos:

- Promover los estilos de vida saludable, el buen uso del tiempo libre y la buena convivencia durante el período de vacaciones
- Implementar actividades recreativas y formativas que fomenten los hábitos de estudio.

#### 2.2.4 Población objetivo:

Contempla como beneficiarios (as) a estudiantes matriculados del nivel de transición (NT1 – NT2) y educación básica, matriculados en establecimientos educacionales vulnerables, priorizados de acuerdo al Sistema Nacional de Asignación con Equidad (SINAE).

#### 2.2.5 Criterios de focalización:

REGIÓN	CRITERIOS DE FOCALIZACIÓN
Arica y Parinacota	IVE – SINAE mayor o igual a 60% en su matrícula comunal; Matrícula comunal mayor o igual a 200 alumnos/as
Tarapacá	IVE – SINAE mayor o igual a 50% en su matrícula comunal; Matrícula comunal mayor o igual a 200 alumnos/as
Antofagasta	IVE – SINAE mayor o igual a 40% en su matrícula comunal; Matrícula comunal mayor o igual a 200 alumnos/as
Atacama	IVE – SINAE mayor o igual a 60% en su matrícula comunal; Matrícula comunal mayor o igual a 200 alumnos/as
Coquimbo	IVE – SINAE mayor o igual a 60% en su matrícula comunal; Matrícula comunal mayor o igual a 200 alumnos/as
Valparaíso	IVE – SINAE mayor o igual a 60% en su matrícula comunal; Matrícula comunal mayor o igual a 200 alumnos/as; en el caso de isla de Pascua y Juan Fernández (sin porcentaje ni cobertura asociada)
Metropolitana	IVE – SINAE mayor o igual a 60% en su matrícula comunal; Matrícula comunal mayor o igual a 200 alumnos/as
Del Libertador Bernardo O'Higgins	IVE – SINAE mayor o igual a 60% en su matrícula comunal; Matrícula comunal mayor o igual a 200 alumnos/as
Maule	IVE – SINAE mayor o igual a 60% en su matrícula comunal; Matrícula comunal mayor o igual a 200 alumnos/as
Biobío	IVE – SINAE mayor o igual a 60% en su matrícula comunal; Matrícula comunal mayor o igual a 200 alumnos/as
La Araucanía	IVE – SINAE mayor o igual a 60% en su matrícula comunal; Matrícula comunal mayor o igual a 200 alumnos/as
Los Ríos	IVE – SINAE mayor o igual a 60% en su matrícula comunal; Matrícula comunal mayor o igual a 200 alumnos/as

Los Lagos	IVE – SINAЕ mayor o igual a 60% en su matrícula comunal; Matrícula comunal mayor o igual a 200 alumnos/as
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	IVE – SINAЕ
Magallanes y Antártica chilena	IVE – SINAЕ

En el caso que se incorporen nuevas comunas, el Encargado regional del Programa, previo al proceso de implementación de éste, deberá realizar un trabajo de sensibilización con dichos establecimientos, por ejemplo:

- a. Jornadas de difusión, cuya finalidad es dar a conocer el Programa, es decir, indicando períodos de implementación, modelo de intervención, entre otros aspectos.
- b. Reuniones de coordinación con los DAEM, entre otros.

El listado de los establecimientos educacionales vulnerables, se obtendrá del archivo que se encuentra publicado en la página web institucional, Mundo JUNAEB: Prioridades 2012 comuna IVE SINAЕ oficial.

En la eventualidad que la modalidad tenga una sobredemanda de beneficiarios(as), la Dirección Regional deberá priorizar el acceso, en función a la prioridad del estudiante, es decir, se deberá considerar prioridad 1°, 2 y 3° del IVE SINAЕ.

#### 2.2.6 Modelo de atención:

Escuelas Abiertas se ejecuta en período de vacaciones escolares (verano – invierno) entregando servicios de atención en recreación integral, al interior de una escuela otorgada por la comuna, en que se implementará la modalidad. Es importante señalar que, esta modalidad no incluye pernoctación.

La modalidad de Escuelas Abiertas incluye alimentación, seguridad, refuerzo educativo, actividades recreativas- formativas, atención permanente a los (as) beneficiarios (as) por parte de monitores (as), entre otros aspectos.

La modalidad Escuelas Abiertas, se desarrolla durante dos períodos del año (vacaciones escolares), en donde los estudiantes que cumplan con los criterios de focalización descritos anteriormente podrán participar:

- Vacaciones de verano con un tiempo máximo de duración de 20 días hábiles.
- Vacaciones de invierno con un tiempo máximo de duración de 10 días hábiles.

Las actividades deberán enmarcarse en:

- **Hábitos de estudio:** las actividades deben estar dirigidas a contribuir al reforzamiento en los sectores y subsectores de aprendizaje principalmente en la lecto – escritura y el cálculo, de modo de promover los hábitos de estudio, y mejorar el desarrollo del pensamiento lógico.
- **Actividades para hábitos de vida sana:** las actividades deben estar dirigidas a promover los estilos de vida saludable a través de sensibilización respecto a la alimentación saludable (consumo de frutas y verduras), promoción de la actividad física, a través de los deportes, juegos recreativos, caminatas y en contacto con el medio ambiente natural.
- **Actividades de desarrollo personal:** las actividades deben estar orientadas a potenciar las capacidades personales; desarrollar un pensamiento autónomo, crítico y de creatividad en los (as) beneficiarios (as); promover hábitos de higiene personal (ejemplo, lavado de dientes después de cada comida, lavado de manos antes de la comida, etc.), entre otras acciones.
- **Actividades culturales:** se deberá desarrollar actividades de expresión artística que fomente el pensamiento creativo, psicomotricidad y las relaciones interpersonales, por ejemplo, talleres de pintura, teatro, literatura, música u otro tipo de manifestación cultural formativa atingente a las características de los (as) beneficiarios (as).

### 2.2.7 Procesos relevantes:

Hitos	Fecha de entrega
Plan regional y sus ajustes	Los primeros 5 días hábiles de marzo, junio, septiembre y diciembre
Sistematización de encuestas de satisfacción usuaria(o)	verano - 30 de marzo invierno - 30 de agosto primavera - 30 de noviembre
Sistematización de Evaluación de Desempeño	verano - 30 de marzo invierno - 30 de agosto primavera - 30 de noviembre
Informe variable de género	verano - 30 de marzo invierno - 30 de agosto primavera - 30 de noviembre
Informes de Avance	Los primeros 5 días hábiles de cada mes
Informe Final	Los 5 primeros días hábiles de enero 2014
Nóminas de beneficiarios(as)	Los primeros 5 días hábiles de cada mes
Indicadores	Los primeros 5 días hábiles siguientes del mes de corte.

## PROGRAMA ESCUELAS SALUDABLES

### 2.3. ESCUELAS SALUDABLES PARA EL APRENDIZAJE (ESPA)

#### 2.3.1. Hitos 2012

- Elaboración de nuevos Términos de Referencia para el período 2012-2013.
- Nuevos llamados a concursos en las regiones de Tarapacá, Valparaíso, Metropolitana, del Libertador B. O'Higgins, Biobío, Los Lagos y Magallanes.
- Se integraron al Programa 44 nuevos establecimientos en 12 comunas.
- Creación de Orientaciones complementarias del Programa Aprobadas por Resolución N°2875 del 13 de agosto del 2012.
- Reestructuración de instrumentos de satisfacción, supervisión y desempeño enviado a regiones.

#### 2.3.2. Desafíos 2013

- Cierre trienio (2011-2013) y bienio (2012-2013) del Programa.
- Evaluaciones finales de la ejecución del trienio (2011-2013) y bienio (2012-2013).
- Jornada de cierre y evaluación del trienio con Coordinadores del Programa.
- Sistematización de la implementación del trienio (2011-2013) y bienio (2012-2013).
- Compartir carpeta desde la Dirección Regional con todos los convenios asociados al Programa.

#### 2.3.3 Objetivos del Programa:

**Objetivo General:** promover estilos de vida saludable con enfoque en los condicionantes de actividad física, alimentación saludable y salud bucal en la comunidad educativa con altos índices de vulnerabilidad.

#### **Objetivos específicos:**

- a) Articular y desarrollar la Red de Apoyo Comunal en la Escuela que permita una coordinación eficaz y regular entre el Programa, las organizaciones comunitarias, los centros de salud y otras instituciones de apoyo a la infancia, existentes a nivel local.
- b) Potenciar en estudiantes, comunidad educativa y padres y/o adultos responsables, hábitos asociados a la actividad física, salud bucal y alimentación y nutrición saludable, asociados a estilos de vida saludable.
- c) Involucrar a padres y/o adultos responsables y profesores en la implementación del proyecto, como agentes fundamentales en la instalación de prácticas relacionadas a los condicionantes actividad física, alimentación saludable y salud bucal.

#### **2.3.4 Población objetivo:**

Contempla como sujetos beneficiarios a todos (as) los (as) estudiantes de educación básica que se encuentran matriculados (as) en establecimientos educacionales municipales y subvencionados vulnerables, clasificados como prioritarios según el Sistema Nacional de Asignación con Equidad y que posean Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE SINAIE).

No obstante, es prioritario para JUNAEB intervenir a estudiantes que cursen el ciclo de enseñanza pre-básico y el primer ciclo de enseñanza básica principalmente, pues, una intervención temprana es la mejor alternativa para proteger a los (as) niños (as) vulnerables, minimizar daños en su desarrollo bio-psicosocial y colaborar en prevenir posibles problemas de futuro.

#### **2.3.5 Modelo de atención:**

El Programa Escuelas Saludables para el Aprendizaje, comparte objetivos estratégicos descritos en el Plan Nacional de Salud, que persigue prevenir o reducir factores de riesgo asociados a carga de enfermedad a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable, de acuerdo a los Objetivos Sanitarios 2011-2020 emanados desde el Ministerio de Salud, coincidiendo con dos grandes metas: reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad y aumentar el énfasis en la actividad física.

Desde una intervención promocional y preventiva, el Programa ESPA persigue dar protagonismo al cuidado de la salud, a partir de estrategias de trabajo en tres condicionantes: actividad física, alimentación y salud bucal. Para ello, el Programa se inserta en los establecimientos durante tres años, durante el período escolar, apoyando con recursos, el desarrollo de iniciativas y actividades que se presentan como proyectos acordes con la realidad territorial y las necesidades específicas de la comuna.

La intervención desarrollada durante el período de los tres años, pretende dejar la capacidad instalada en los establecimientos educacionales, en cuanto al trabajo intersectorial, fortaleciendo la red local que permita mantener y fortalecer aquellas iniciativas de promoción de salud que surjan desde la comunidad escolar.

#### **2.3.6 Procesos relevantes:**

<b>Hitos</b>	<b>Fecha de entrega</b>
Plan comunal (en el caso de existir modificaciones)	Los primeros 5 días hábiles de marzo, junio y septiembre.
Sistematización de encuestas de satisfacción usuaria(o)	30 de noviembre de cada año
Sistematización de Evaluación de Desempeño	22 de noviembre de cada año
Sistematización Supervisiones	Los primeros 5 días hábiles de cada mes
Rendiciones 1º cuota	Fechas estimadas en convenio
Rendiciones 2º cuota	Fechas estimadas en convenio
Entrega de informes de avances	Asociadas a la fecha de rendición 1º cuota descrita en el

cualitativos de las acciones realizadas en las escuelas	convenio
Entrega de informes final cualitativo de las acciones realizadas en la escuelas	Asociadas a la fecha de rendición 2º cuota descrita en el convenio
Indicadores	Los primeros 5 días hábiles siguientes del mes de corte.

## APOYO A LA RETENCIÓN ESCOLAR

### 2.4. PROGRAMAS DE APOYO A LA RETENCIÓN ESCOLAR

#### 2.4.1. Hitos 2012:

- Implementación y finalización de todos los Proyectos de apoyo a la retención escolar del Programa de Apoyo a la Retención Escolar (PARE) y Programa de Embarazadas, Madres y Padres (EMP).
- Acompañamiento y supervisión a todas las Direcciones regionales que implementaron el PARE o el EMP.
- Ejecución de un Programa que responde a un problema existente, que persiste y que dice relación con las causales y mayor riesgo de deserción en el sistema educacional de la población objetivo.
- Actualización de instrumentos de monitoreo y evaluación del Programa (pautas de supervisión, satisfacción usuaria y evaluación de desempeño).
- Jornada Nacional con Encargados del Programa de Embarazadas, Madres y Padres.
- Activación de trabajo intersectorial, mediante la coordinación sistemática con Chile Crece Contigo y Programa Mujer y Maternidad de SERNAM.

#### 2.4.2. Desafíos 2013:

- Implementar Programa de apoyo psicosocial que aborda la problemática de la deserción escolar en el grupo prioritario (14 a 17 años), atendiendo las principales problemáticas subyacentes a las causas declaradas por los estudiantes.
- Implementar Programa que permitirá desarrollar factores protectores en la comunidad escolar, sensibilizando respecto a la complejidad de compatibilizar rol de madre/padre con el de estudiante y de la deserción, mediante actividades preventivas y promocionales.
- Implementar Programa que permitirá activar y potenciar el trabajo intersectorial mediante la complementariedad de intervenciones y acceso a prestaciones, articulando la derivación necesaria para ejecutar acciones como talleres parentales y visitas domiciliarias (ChCC).
- Jornadas de capacitación regional dando énfasis a la habilitación en el modelo técnico y evaluación de proceso y resultados.
- Jornadas de evaluación del Programa en cada una de las regiones que lo implementarán el año 2013.
- Compartir carpeta desde la Dirección Regional con todos los convenios asociados al Programa.

#### 2.4.3. Objetivos del Programa:

**Objetivo General:** contribuir a la mantención y permanencia en el sistema escolar de estudiantes en condición de vulnerabilidad socioeconómica y riesgo socioeducativo a través de un apoyo psicosocial que desarrolle habilidades socioeducativas, promueva prácticas protectoras en los establecimientos y active redes territoriales.

#### **Objetivos específicos:**

- a) Contribuir al desarrollo de competencias y habilidades psicosociales que promuevan la formación de un proyecto de vida.
- b) Contribuir al desarrollo de competencias y habilidades socioeducativas que promuevan la permanencia exitosa en el establecimiento.
- c) Desarrollar factores protectores en los establecimientos y su comunidad educativa, para promover la finalización de trayectorias educativas.
- d) Gestionar y coordinar la articulación de redes locales territoriales para la derivación, seguimiento y acceso a servicios y beneficios sociales, que complementen la intervención psicosocial.
- e) Articular vinculación con la Red comunal de Chile Crece Contigo, fomentando la coordinación y complementariedad en las intervenciones dirigidas a estudiantes embarazadas, madres y padres.
- f) Contribuir al desarrollo de competencias parentales que promuevan y fortalezcan el apego de los (as) estudiantes con sus hijos (as).

#### **2.4.4. Focalización:**

La población objetivo del Programa la conforman los siguientes estudiantes:

- Estudiantes de enseñanza básica o media en condición de embarazo, maternidad o paternidad matriculados en establecimiento educacionales priorizados según IVE SINAIE.
- Estudiantes de enseñanza media que presenten alto riesgo socioeducativo.

El Programa se focalizará de acuerdo a los siguientes criterios:

- Regiones que implementaron el PARE o el EMP durante los años 2011 y 2012 (Antofagasta, Valparaíso, Metropolitana, Maule, Biobío y Araucanía).
- Comunas con alta concentración de estudiantes con riesgo socioeducativo y en condición de embarazo, maternidad o paternidad.
- Establecimientos con alta concentración de estudiantes con riesgo socioeducativo y en condición de embarazo, maternidad o paternidad.

Para la identificación de los estudiantes, se utilizará el IVE-SINAIE y el Registro de Embarazo, maternidad y paternidad, ambos del Departamento de Planificación de JUNAEB.

#### **2.4.5. Modelo de atención:**

El Programa de Apoyo a la Retención Escolar se implementa mediante la modalidad de proyectos comunales, los cuales abarcan a diversos establecimientos e interviene con aquellos estudiantes que presenten vulnerabilidad socioeducativa (becados BARE y estudiantes en condición de embarazo, maternidad y paternidad).

Cada uno de estos proyectos es ejecutado por un equipo multiprofesional (trabajador social, psicólogo y pedagogo), que desarrolla las acciones planificadas en cada ámbito de intervención, permitiendo así abordar la multicausalidad de problemáticas y situaciones que pueden incidir en un posible abandono o deserción escolar.

Los ámbitos de intervención son los siguientes: psicosocial, pedagógico, comunidad escolar y de redes territoriales; siendo cada uno de ellos abordados a partir de metodologías de trabajo participativas (talleres, exposiciones, tutorías, visitas domiciliarias).

La ejecución de cada proyecto contempla 4 etapas anuales de intervención: a) diagnóstico situacional de estudiante y establecimiento, el cual se desarrolla al comienzo de la intervención; b) intervención especializada, que contempla la atención directa con los estudiantes mediante talleres y tutorías, talleres promocionales con la comunidad escolar, visitas domiciliarias y coordinación con redes territoriales; c) intervención de transición, la cual se programa en el período de vacaciones de los estudiantes y contempla seguimiento a su trayectoria educativa, actividades recreativas y planificación de la etapa de intervención especializada; y d) etapa de cierre, a fin de retroalimentar a la comunidad escolar respecto al desarrollo del programa en el establecimiento.

#### 2.4.6. Procesos relevantes:

Hitos	Fecha de entrega
Evaluación Desempeño Entidades Ejecutoras 2012	15 de enero
Envío a regiones de TDR técnicos y administrativos	20 de febrero
Proceso de llamado a concurso y adjudicación de proyectos 2013	20 de marzo
Firma de convenios	30 de marzo
Inicio implementación programa	1 de abril
Supervisiones trimestrales a cada proyecto	30 de junio/septiembre/diciembre
Envío de Informe trimestral de gestión (técnica y financiera)	30 de junio/septiembre/diciembre
Informe de sistematización de satisfacción usuaria.	30 de noviembre
Informe de sistematización de evaluación de desempeño	15 enero del 2014
Rendiciones	Según se estipule en cada convenio.
Jornada de Evaluación.	15 de diciembre
Evaluación Anual 2013	15 de diciembre

### 3. PRESUPUESTO Y COBERTURAS PROGRAMADAS POR PROGRAMA

#### 3.1 CAMPAMENTOS RECREATIVOS

REGION	PRESUPUESTO	COBERTURA
Arica y Parinacota	\$45.640.000	800
Tarapacá	\$9.128.000	160
Antofagasta	\$0	0
Atacama	\$9.128.000	160
Coquimbo	\$19.656.000	480
Valparaíso	\$170.352.000	4.160
Metropolitana	\$117.936.000	2.880
Del Libertador Bernardo O'Higgins	\$32.760.000	800
Maule	\$33.619.950	821
Biobío	\$98.280.000	2.400
La Araucanía	\$91.728.000	2.240

Los Ríos	\$32.529.000	690
Los Lagos	\$12.495.000	260
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	\$9.128.000	160
Magallanes y la Antártica Chilena	\$8.557.500	150
Dirección Nacional	\$44.730.000	852
<b>TOTAL</b>	<b>\$735.667.450</b>	<b>17.013</b>

### 3.2 ESCUELAS ABIERTAS

REGION	PRESUPUESTO	COBERTURA
Arica y Parinacota	\$4.000.000	250
Tarapacá	\$4.000.000	250
Antofagasta	\$18.000.000	1.125
Atacama	\$4.000.000	250
Coquimbo	\$0	0
Valparaíso	16.362.500	1.375
Metropolitana	\$1.487.500	125
Del Libertador Bernardo O'Higgins	\$1.487.500	125
Maule	\$1.487.500	125
Biobío	\$1.487.500	125
La Araucanía	\$1.487.500	125
Los Ríos	\$2.975.000	250
Los Lagos	\$0	0
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	\$0	0
Magallanes y la Antártica Chilena	\$0	0
Dirección Nacional	\$1.435.050	125
<b>TOTAL</b>	<b>\$58.210.050</b>	<b>4.250</b>

### 3.3 ESCUELAS SALUDABLES PARA EL APRENDIZAJE

REGION	PRESUPUESTO	COBERTURAS	Nº ESCUELAS
Arica y Parinacota	\$ 1.600.000	61	4
Tarapacá	\$ 1.200.000	106	3
Antofagasta	\$ 0	0	0
Atacama	\$ 1.600.000	1660	4
Coquimbo	\$ 2.400.000	2096	6
Valparaíso	\$ 4.400.000	3570	11

Metropolitana	\$ 6.000.000	5577	15
Del Libertador Bernardo O'Higgins	\$ 3.200.000	2468	8
Maule	\$ 4.400.000	2022	11
Biobío	\$ 3.200.000	2021	8
La Araucanía	\$ 4.800.000	3253	12
Los Ríos	\$ 2.800.000	1550	7
Los Lagos	\$ 7.200.000	2247	18
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	\$ 1.200.000	1042	3
Magallanes y la Antártica Chilena	\$ 1.200.000	1937	3
TOTAL	\$ 45.200.000	29610	113

### 3.4 PROGRAMAS DE RETENCION ESCOLAR

REGION	PRESUPUESTO	COBERTURA	Nº PROYECTOS
Antofagasta	\$ 46.080.000	240	2
Valparaíso	\$ 69.120.000	360	3
Metropolitana	\$ 161.280.000	840	7
Maule	\$ 69.120.000	360	3
Biobío	\$ 46.080.000	240	2
La Araucanía	\$ 92.160.000	480	4
TOTAL	483.840.000	2.520	21

### 4. CAPACITACIÓN A TERCEROS

Se elaborarán proyectos de capacitación a terceros en los 3 Programas del Área Psicosocial, los cuales estarán orientados a enfatizar: a) habilitación de equipos ejecutores respecto al modelo técnico de los Programas y b) evaluación de procesos y resultados de la intervención desarrollada en cada Programa.

Estos recursos quedarán supeditados a la Circular institucional asignando recursos para la capacitación a terceros, aprobada por el Director Nacional.

### 5. CONTROL DE PROGRAMAS

Desde el Área de Apoyo Psicosocial, se intencionará la realización de proyectos de control de programas que tengan como propósito: a) realizar auditorías externas a la ejecución de planes comunales, en el marco del Programa Escuelas Saludables y b) evaluación exploratoria del Programa Campamentos Recreativos.

### 6. MARCO NORMATIVO DE LOS PROGRAMAS Y/O SUS COMPONENTES

- Ley de presupuesto año 2013.
- Manual de Procedimiento Programa de Escuelas Saludables para el Aprendizaje.
- Manual de Procedimiento Programa Campamentos Recreativos para Escolares.
- Manual de Procedimiento Programa de Retención Escolar.
- Procedimiento de Rendición de Cuentas, elaborado por Unidad de Finanzas, código: P-DGR-RCOO1.
- Resolución Exenta N° 2875 del 13 de agosto de 2012: Orientaciones técnicas complementarias del Programa Escuelas Saludables.
- Resolución Exenta N°3448 del 29 de octubre del 2012: Orientaciones técnicas del Programa Campamentos Recreativos para escolares año 2013.

## 7. RECURSOS HUMANOS

REGIÓN	ENCARGADA PROGRAMAS APS, DSE - DIRECCIÓN NACIONAL	ENCARGADA (O) REGIONAL PROGRAMAS APS, URSE – DIRECCIÓN REGIONAL
Arica y Parinacota	Begoña Veloso E.	Stephanie Vega T.
Tarapacá	Gabriela Valdés O.	Cristian Chandía M.
Antofagasta	Begoña Veloso E.	Dylia Abarca G.
Atacama	Gabriela Valdés O.	Paulina Pérez G.
Coquimbo	Jessica Ovalle N.	Johanna Ossandón M.
Valparaíso	Jessica Ovalle N.	Renzo Reveco L. - Gabriela Alarcón A.
Metropolitana	Jessica Ovalle N.	Lilian Fuentes C. - Angela Báez C. - Katty Bustos Z.
Del Libertador Bernardo O'Higgins	Jessica Ovalle N.	Carlos Salas S.
Maule	Jessica Ovalle N.	Cecilia Sáez F.
Biobío	Begoña Veloso E.	Piero Fregonara B.
La Araucanía	Gabriela Valdés O.	Valeria Barrera L. - Andrea Soto M.
Los Ríos	Begoña Veloso E.	Sandra Leiva P.
Los Lagos	Gabriela Valdés O.	Enrique Barría F.
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	Gabriela Valdés O.	Víctor Riquelme V.
Magallanes y la Antártica Chilena	Begoña Veloso E.	Sara Miranda T.

## PROGRAMA HABILIDADES PARA LA VIDA

### 1. INTRODUCCIÓN

#### 1.1 Logros 2012

En el año 2012, en el Programa Habilidades para la Vida se alcanzaron algunos avances importantes de destacar:

- En términos de crecimiento de coberturas, el Programa amplió la intervención a la cohorte de 4º EB, incorporando a 28.392 niños y niñas de este nivel, distribuidos en 944 cursos de 651 escuelas, ubicadas en 55 comunas de continuidad. Esto implica además, la incorporación de 22.714 padres y apoderados a las acciones promocionales.
- Además de los aspectos de cobertura, la incorporación del 4º EB al Programa significa un logro técnico referido a establecer un modelo de intervención que abarca el continuo de apoyo psicosocial desde el inicio de la vida escolar de los estudiantes, hasta el final de la Enseñanza Básica. Ha planteado enriquecimientos del área promocional, relacionados con el 4º EB, como es la mirada de evaluación en la escuela y el trabajo de un perfil psicosocial de curso con los profesores.
- En el área de habilitación técnica, se realizaron 6 jornadas de capacitación nacional de proyectos HPV I y II, con una cobertura de 302 profesionales de todo el país, abarcando proyectos HPV II que cerraron ciclo 8º EB el 2012, proyectos HPV I que incorporaron cohorte de 4º EB y proyectos HPV I con alta rotación de profesionales. En cada uno de estos espacios, se incorporaron Coordinadores Regionales que realizan el acompañamiento de estos proyectos locales.
- Además, se logró avances significativos en la habilitación en el modelo de intervención, al incorporar con mayor presencia el apoyo académico de la Facultad de Cs. Sociales de la U. de Chile y la modalidad de capacitación a distancia y comunidades de aprendizaje, que culminará con la certificación por la Universidad de más de 170 profesionales participantes.
- Se realizó Habilidadación de Coordinadores Regionales, a través de dos talleres de entrenamiento interregional con Coordinadores temáticos HPV, de regiones no incorporadas en procesos anteriores.
- Se manifestaron avances en el proceso de Control de Gestión del Programa, a través de la extensión y profundización del sistema de evaluación de informes de gestión con apoyo externo, realizado al 88% de los Informes de Avance y 95% de los informes finales del total de las Regiones.
- La supervisión técnica de Talleres Preventivos, en el ámbito de Gestión del Programa, presentó avances, con la primera aplicación del Manual del Evaluador desarrollado durante el 2011 y ajustado técnicamente por el equipo nacional. Esto implicó la supervisión técnica con observación directa, sobre 135 talleres distribuidos en más de 50 proyectos en 4 regiones del país.
- En la vigilancia metodológica y psicométrica del Programa, según nivel de madurez actual de la intervención, se está avanzando en un modelo de retroalimentación de resultados basado en los cuestionarios, con apoyo de equipo académico que ha entregado primera versión que se espera implementar desde el próximo año.
- Se dió inicio al diseño y desarrollo de un nuevo sistema informático para el Programa, aún en proceso.
- Participación en instancias académicas, intersectoriales y otros de difusión del Programa:
  - Presentación Resultados en VIII Región y Dirección Nacional Estudio Estrés Post-traumático en Niños Concepción y Talcahuano afectados por la catástrofe. Universidad de California en Irvine – UCI y Depto. Psicología, U. de Concepción y JUNAEB.
  - Colaboración con el Hospital General Massachusetts y Harvard Medical School (EEUU), Universidad de Bristol (UK).
  - Colaboración 2 Proyectos FONDEF liderados por U.D.P. y P.I.E.E.
  - Colaboración con UNICEF en el Cuarto Estudio de Maltrato Infantil - 2012, en que incorporó la medición de la variable de salud mental a través de la versión chilena de PSC-Y, usado en el HPV II.
  - Coordinación intersectorial Chile Solidario – HPV, en el marco del Convenio entre JUNAEB y el Ministerio de Desarrollo Social, para el financiamiento del Programa.
  - Coordinación intersectorial SENAME – HPV, que culminó con la realización de una jornada territorial piloto de coordinación, en el mes de octubre.
  - Difusión del Programa en instancias académicas (UC, UDD).

## 1.2 Desafíos 2013

### Cobertura y continuidad de intervención

- Asegurar la continuidad y estabilidad de coberturas actuales en HPV I y HPV II.
- Asegurar éxito de puesta en marcha de proyectos de continuidad, en oportunidad y calidad, en especial para los que renuevan período convenio. Los formatos e instrumentos para este proceso se enviarán en Circular complementaria, dentro del mes de diciembre del 2012 y se espera que el proceso regional de firma y aprobación de los convenios, así como el pago de la primera cuota, esté concluido el 11 de febrero del 2013, según se establece en plazos descritos más adelante.
- El desafío especial para el 2013, tiene relación con el hecho de que se renuevan 106 convenios del Programa por lo que la gestión regional es vital para que se pueda cumplir con los plazos establecidos (fecha estimada de convenios firmados con sus respectivas Resoluciones).

### Fortalecimiento del Programa

- Consolidar modelo técnico del Segundo Ciclo y su aplicación en proyectos de continuidad, en especial, referido a la Intervención Preventiva en 7º E.B.
- Consolidar desarrollo de un sistema de capacitación de continuidad y certificada de profesionales del Programa, a través de Universidades, acorde a disponibilidad de recursos institucionales.
- Avanzar en el modelamiento técnico del espacio de Encuentro Regionales e Interregionales, como parte del modelo de capacitación continua.
- Actualizar y mejorar sistema de Indicadores del Programa, acordes con requerimientos y énfasis institucionales actuales. En especial, referido a incorporar intervención Habilidades para la Vida II.
- Enriquecer sistema de acompañamiento regional con acciones orientadas a fortalecer sistema de control y seguimiento, a través de evaluación y retroalimentación con actores directos del Programa.
- Avanzar en el desarrollo de orientaciones que aporten a la aplicación del modelo en escuelas rurales multigrado.
- Lograr implementar nuevo sistema informático, consistente con la continuidad y fluidez de información de seguimiento y detección del Programa.

### Difusión y Red

- Seguimiento y diseño de nuevos proyectos de publicación que den cuenta de los logros de los equipos y el Programa en su conjunto.
- Renovar aporte en las intervenciones en salud mental infantil de nuestro país, a través de participación en instancias intersectoriales, que releven la contribución nacional del Programa. En especial, en lo referido a gestión de red con MINEDUC y MINSAL, que involucre fortalecimiento de conexión con Programas e iniciativas de base local y diseño nacional, en especial en las áreas de Educación sobre ley SEP, PAC e Integración de niños/as con Necesidades Educativas Especiales; en el área de Salud, referido a la resolución en Atención en Salud Mental, Coordinación con iniciativa de Control de Salud de Niños/as y Adolescentes. Estos aspectos se desarrollan como temática dentro de este Capítulo.
- Mejorar la difusión de los logros del Programa tanto a nivel comunal como regional con uso de nuevas y diversas estrategias comunicacionales, dentro de las condiciones institucionales.

## 2. ANTECEDENTES GENERALES

### 2.1. DEFINICIÓN DEL PROGRAMA

Este Programa es una intervención que promueve estrategias de autocuidado y desarrolla habilidades para la convivencia de los diferentes actores de la comunidad escolar e incorpora acciones de detección y prevención del riesgo psicosocial en alumnos. Es un modelo de intervención centrado en la escuela y que se basa en un equipo psicosocial comunal para la implementación local.

El objetivo del Programa a corto plazo:

- **HABILIDADES PARA LA VIDA I** (4 a 9 años)

Aumentar el éxito en el desempeño escolar observable en altos niveles de aprendizaje, baja repetición y abandono.

- **HABILIDADES PARA LA VIDA II (10 a 15 años)**

Fortalecer competencias interpersonales sociales cognitivas y afectivas, para lograr una convivencia escolar positiva y bienestar psicosocial.

El propósito objetivo del Programa a largo plazo es elevar la calidad de vida (bienestar, competencias personales y esperanza de vida) y prevenir daños en salud mental asociados a conductas violentas, depresión, consumo abusivo de alcohol y drogas.

Se desarrolla con 2 modalidades de intervención en la Escuela:

- **Habilidades para la Vida I:** está orientado a niños y niñas de Nivel Parvulario y Primer Ciclo Básico (hasta 4º básico). Desde el año 2012, se incorporó parcialmente la cobertura del 4º básico, completando en el ciclo educativo el acompañamiento al desarrollo psicosocial del estudiante en un número importante de comunas. Es un modelo de intervención promocional y preventiva de salud mental en la escuela. Promueve estrategias de autocuidado y desarrolla habilidades para la convivencia de los diferentes subsistemas de la comunidad escolar. Incorpora acciones de detección y prevención del riesgo y derivación a atención del riesgo crítico en salud mental. Trabaja a partir de un diagnóstico situacional a nivel local, y activa las redes de la escuela y de la comuna para coordinar acciones de salud mental de niños en interacción con sus adultos significativos, como son sus padres y profesores.
- **Habilidades para la Vida II:** está dirigido a estudiantes del segundo ciclo básico (5º a 8º básico), sus padres y el equipo docente, que ya cuentan con el Programa Habilidades para la Vida I. Es un modelo de intervención promocional y preventivo de salud mental en la escuela que desarrolla acciones continuas y secuenciales: promoción de convivencia positiva con estudiantes, autocuidado de salud mental del profesor, autocuidado de directivos de la escuelas participantes, clima positivo en el aula, y de interacción positiva padres-profesor; detección de riesgo psicosocial; prevención para estudiantes con conductas de riesgo; derivación a atención de casos a salud mental. Acciones para coordinación eficaz y regular escuela - red comunal.

## 2.2 FOCALIZACIÓN: SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE ESCUELAS APLICABLE AL PROGRAMA HPV

### 2.2.1. Descripción inicial

En esta sección se describe el sistema a través del cual se ha establecido la priorización de Escuelas, según SINAIE y matrícula SIGE, según avances realizados y que rigen la priorización de eventuales crecimientos a nuevas coberturas en el Programa Habilidades para la Vida, en todas las modalidades. Es un sistema que incorpora análisis desagregados por niveles o ciclos, en especial, incorporando la variable de vulnerabilidad del nivel parvulario, a través del Puntaje Socioeducativo, aspecto que el SINAIE de Enseñanza Básica no incorpora. Esto, con el aporte técnico de profesionales del Departamento de Planificación de JUNAEB Nacional.

El sistema de priorización del Programa Habilidades para la Vida considera solamente los criterios definidos en esta sección y se aplican al establecimiento educacional. Para efectos de la asignación del Programa, no considera criterios de focalización individual, ni aspectos regulares referidos a criterios que sean distintos al SINAIE y matrícula del establecimiento. En contextos nacionales y regionales particulares, se han considerado OTROS CRITERIOS ESPECIALES DE VULNERABILIDAD: referidos a comunas que han experimentado efectos de desastres naturales y/o medioambientales que han generado prioridad nacional y cambios importantes en su situación de vulnerabilidad.

El objetivo es orientar a las Direcciones Regiones en la comprensión de los criterios ocupados desde el año 2010 y que se aplican como prioridades en todos los incrementos, entregando el detalle de forma de construcción de estas prioridades. Para el 2013, según asignación presupuestaria al Programa, no se consideran aportes para incrementos, por lo que no habrá procesos nacionales guiados por este sistema.

## Definición

### 2.2.2. Población potencial

La población potencial del Programa HPV está conformada por todos los establecimientos educacionales municipales y particulares subvencionados del país que contemplan en sus matrículas a estudiantes en los niveles de educación parvularia y en primer o segundo ciclo básico.

### 2.2.3. Medición de vulnerabilidad

- Para el nivel de educación parvularia se considera el Indicador de Riesgo Socio-Educativo desarrollado en el Dpto. de Planificación JUNAEB. Dicho indicador es utilizado según distribución en cuartiles dentro de la matrícula evaluada en cada establecimiento.
- Para el primer y segundo ciclo de educación básica se considera la distribución de prioridades SINAЕ dentro de la matrícula evaluada en cada establecimiento por ciclo 1 y 2.

### 2.2.4. Datos utilizados en el análisis

- Establecimientos educacionales subvencionados con matrícula en los niveles de educación parvularia o primer o segundo ciclo de educación básica.
- Distribución de matrícula por curso y nivel educacional.
- Distribución de vulnerabilidad socio-educativa en cuartiles en educación parvularia.
- Distribución de vulnerabilidad según prioridades SINAЕ en educación básica, separado por ciclo.
- Identificación de establecimientos participantes del HPV.
- Identificación de establecimientos con cursos multigrado.

### 2.2.5. Análisis realizado:

Se calculó un puntaje por establecimiento y por nivel educativo (parvulario, 1° ciclo educación básica y 2° ciclo educación básica), según lo siguiente:

#### NIVEL PARVULARIO

- MATRÍCULA: se calcularon terciles de matrícula para la totalidad de establecimientos con matrícula en el nivel de párvulo y se asignó un puntaje de acuerdo a la cantidad de estudiantes que presentara el establecimiento.
- En base a lo anterior se calcula un *puntaje para el establecimiento* (PUNTAJE NT).

#### PRIMER CICLO BÁSICO

- Se calculan terciles de matrícula para la totalidad de establecimientos con matrícula en el nivel de educación básica ciclo 1.
- Utilizando la distribución en prioridades del SINAЕ para el ciclo 1 de educación básica, se calculan los siguientes Indicadores:
  - **Ind1.** Porcentaje de concentración de estudiantes vulnerables (prioridades 1-2-3) sobre el total de la matrícula vigente, IVE SINAЕ ciclo 1 básica.
  - **Ind2.** Porcentaje de concentración de estudiantes de mayor vulnerabilidad (prioridad 1) sobre el total de la matrícula vigente ciclo 1 básica.
  - Se calcula un puntaje para el ciclo 1 de educación básica.

#### SEGUNDO CICLO BÁSICO

- Se calculan terciles de matrícula para la totalidad de establecimientos con matrícula en el nivel de educación básica ciclo 2.
- Utilizando la distribución en prioridades del SINAЕ para el ciclo 2 de educación básica, se calculan los siguientes Indicadores:
  - **Ind1.** Porcentaje de concentración de estudiantes vulnerables (prioridades 1-2-3) sobre el total de la matrícula vigente, IVE SINAЕ ciclo 2 básica.
  - **Ind2.** Porcentaje de concentración de estudiantes de mayor vulnerabilidad (prioridad 1) sobre el total de la matrícula vigente ciclo 2 básica.

- Se calcula un puntaje para el ciclo 2 de educación básica.

#### PUNTAJE FINAL ESTABLECIMIENTO

Considerando el puntaje obtenido en cada nivel o ciclo, se calcula puntajes como puntaje final del establecimiento:

- Para el HPV I, se considera un promedio ponderado según matrícula de los puntajes NT y CICLO 1.
- Para el HPV II, se considera sólo el puntaje del CICLO 2.

El puntaje para cada uno de estos grupos o niveles presenta el siguiente recorrido:

RESUMEN DEL ANÁLISIS REALIZADO SEGÚN NIVELES O CICLOS					
	Promedio	Desvest	MÁXIMO	MÍNIMO	Nº ESCUELAS con información
PUNTAJE NT	140,85	60,29	293,66	30	5.502
PUNTAJE 1º CICLO	190,82	36,47	286,81	30	8.167
PUNTAJE 2º CICLO	191,19	38,75	280,69	30	8.039
PUNTAJE NT - 1º CICLO (promedio ponderado)	175,85	45,47	267,19	30	8.828

#### CÁLCULO DE PRIORIDAD POR ESTABLECIMIENTO

A partir del puntaje final del establecimiento, se establecieron prioridades según distribuciones por cuartil de estos, según los siguientes rangos de puntajes y categorías por nivel o ciclo (actualización 2012):

DESCRIPCIÓN DE RANGOS				
CATEGORÍA	PRIORIDADES NT	PRIORIDADES 1º CICLO	PRIORIDADES 2º CICLO (HPV II)	PRIORIDADES NT + 1º CICLO (HPV I)
1º	$\geq 188,203$	$\geq 218,01$	$\geq 222,46$	((PRIORIDAD NT * Matríc nt +) (1º CICLO*Matríc. 1º -33 EB))/ MATRÍC NT-3º EB
2º	$< 188,203 - 147,907$	$< 218,01 - 194,981$	$< 222,46 - 196,67$	
3º	$< 147,907 - >100$	$< 194,981 - \geq 167,46$	$< 196,67 - \geq 166,49$	
4º	$\leq 100 - 30$	$< 167,46 - 30$	$< 166,49 - 30$	
MULTIGRADO				ESCUELAS IDENTIFICADAS CON CURSOS MULTIGRADOS Y CON MATRÍCULA EN 1º CICLO $\leq 40$
-	SIN INFORMACIÓN	SIN INFORMACIÓN	SIN INFORMACIÓN	SIN INFORMACIÓN

#### 2.3 ÉNFASIS PROGRAMÁTICOS 2013:

- Énfasis técnicos y administrativos HPV I – HPV II
- Seguimiento Programa HPV: nivel nacional y regional
- Procedimiento y plazos de revisión de informes: continuidades
- Retroalimentación de informes y avances a la coordinación nacional HPV
- Acompañamiento nacional a la gestión regional HPV
- Orientaciones jurídicas HPV
- Encuestas de seguimiento y satisfacción usuaria en el HPV

#### **i. Énfasis técnicos y administrativos HPV I – HPV II**

Para el año 2013 el presupuesto aprobado es de continuidad de la intervención en las comunas, escuelas y cohortes actuales, sin incorporación de incrementos naturales ni crecimientos a nuevas coberturas. Se ha realizado ajustes y distribuciones que permiten dar cuenta de compromisos presupuestarios de reajuste y seguimiento de incrementos naturales 2013, que son definidos en la sección de Presupuesto de este capítulo.

El proceso 2013, está marcado por la renovación de un gran número de proyectos HPV I, los cuales para este período, realizarán convenios bienales 2013 – 2014. La envergadura actual alcanzada por un gran número de proyectos locales, obliga a que institucionalmente se busquen las vías administrativo-jurídicas más apropiadas para que, en el mediano plazo, las renovaciones de convenios sean por plazos mayores. Se considera un desafío que se podrá enfrentar en este bienio, sin comprometer la oportunidad de la renovación de alta magnitud a que nos vemos enfrentados el 2013.

En la revisión de proyectos de continuidad, se requiere de un énfasis mayor en:

##### **- *Gestión administrativa y soporte***

Se enfatiza la revisión exhaustiva de la composición de los presupuestos, en cómo se organizan los recursos aportados por JUNAEB y del aporte local, que estimulen las condiciones que favorezcan la continuidad y calidad de los equipos. Esto implica, un énfasis especial en que la composición del presupuesto asegure los meses y horas semanales de los profesionales del equipo estable directo según, un índice de recurso humano dentro de parámetros establecidos, así como la calidad de antecedentes profesionales y de experiencia, acorde a lo requerido por el Programa.

Resulta fundamental evaluar por parte de la dirección regional el contexto regional y comunal, evaluación que debe ser una oportunidad para revertir situaciones de debilidad anterior (horas docentes, horas en equipo ejecutor, aporte local, etc.) y para validar el trabajo realizado por el Programa en la comuna. El contexto de cambios de autoridades y actores locales que ocurrirá en una gran parte de las entidades ejecutoras, producto del proceso electoral 2012, reviste especial cuidado, en el área de revisión y actualización de antecedentes para los convenios, así

##### **- *Gestión técnica y programática de la continuidad***

La revisión por parte de los coordinadores regionales de los resultados 2012, en la ejecución de las unidades del Programa y de satisfacción de usuarios, son una de las áreas que el equipo debe reforzar en su gestión. La identificación de desafíos locales por unidad del Programa y su seguimiento son una contribución para el mejoramiento continuo de la ejecución.

A continuación se presentan los énfasis técnicos y administrativos de:

- a) Proyectos locales HpV 1 (NT- 1º CICLO) de continuidad, con mantención o incremento natural de cobertura.
- b) Proyectos locales HpV 2º CICLO de continuidad, con mantención de cobertura.
  
- a) PROYECTOS LOCALES HPV DE CONTINUIDAD (NT- 1º CICLO)

Se da continuidad a los 137 proyectos locales, según situación de contratos diversa:

- Proyectos Locales enmarcados en convenios trienales 2011-2013, 2012 - 2014. Los Términos de Referencia de estos Proyectos corresponden a los trienios indicados, por lo tanto, la presentación de programación anual 2013 debe realizarse y evaluarse con esos criterios.
- Inicio de nuevo ciclo de convenios bienales 2013-2014, para los que cierran ciclo anterior y deben iniciar nuevo ciclo. Estos proyectos se regirán por los "TÉRMINOS DE REFERENCIA TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS PARA LA PRESENTACIÓN CONTINUIDAD 2013-2014 PROGRAMA HABILIDADES PARA LA VIDA", que serán enviados en el próximo periodo.

Las orientaciones jurídicas y presupuestarias para cada uno de estos casos, están definidas en el área correspondiente.

Para la correcta ejecución de los proyectos locales, bajo la responsabilidad de las direcciones regionales JUNAEB, se espera avanzar respecto a los siguientes aspectos:

- Evaluación técnica de las propuestas de continuidad, según criterios e instrumentos vigentes.
- Tramitación de convenios de continuidad y pago de primera cuota.

- Información a Dirección Nacional del cierre del proceso de continuidad regional.

Con este documento el ejecutor deberá presentar:

- Propuesta bienal 2013 – 2014, para ejecutores con inicio de ciclo bienal. Requieren contrato bienal.
- Propuesta de planificación 2013, para proyectos con convenio trienal vigente. Requieren contrato de continuidad 2013.

Los convenios respectivos deben realizarse según términos planteados en el área Jurídica del presente capítulo.

Todos los convenios se elaboran y suscriben entre cada Dirección Regional y el organismo ejecutor correspondiente y deben ser respaldados por la respectiva resolución aprobatoria.

Cada coordinación regional debe enviar a la Dirección Nacional de JUNAEB antes del 11 de febrero del 2013 el resultado del proceso de asignación de continuidad, según antecedentes de las orientaciones que se enviarán en el próximo periodo.

#### COMUNAS SEGÚN MODALIDADES PROGRAMACIONES Y CONVENIOS HPV I:

##### (1) COMUNAS CON PROYECTOS ANUALES CON CONVENIO TRIENAL VIGENTE:

Corresponde a proyectos que aún tienen vigente ciclo de 3 años de convenio (2011-2013 / 2012-2014).

Les corresponde una actualización de financiamiento reflejada en un convenio anual, en su versión para municipalidades o para corporaciones municipales. El detalle del listado se encuentra en la sección de orientaciones jurídicas del presente capítulo.

##### (2) PROYECTOS DE CONTINUIDAD QUE RENUEVAN CONVENIO BIENAL 2013-2014.

Los Proyectos Locales que cerraron un ciclo trienal en Diciembre del año 2012, para efectos de implementar un nuevo ciclo, esto es, aquellas entidades ejecutoras cuyo convenio trienal ha expirado. Para estos proyectos, se establece un nuevo convenio en términos similares al anterior y que proyecta financiamiento para 2 años. Las orientaciones técnicas y administrativas de estos proyectos serán enviadas durante diciembre del 2012, en Circular complementaria. El detalle del listado se encuentra en la sección de orientaciones jurídicas del presente capítulo.

##### b) PROYECTOS LOCALES HPV 2º CICLO CONTINUIDAD

Se da continuidad a los 12 proyectos locales, según situación de contratos:

- Ciclo de convenios trienales 2011-2013. Estos proyectos se registrarán por los "TÉRMINOS DE REFERENCIA TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS PARA LA PRESENTACIÓN CONTINUIDAD 2011-2013 PROGRAMA HABILIDADES PARA LA VIDA II".

Las orientaciones jurídicas y presupuestarias, están definidas en el área correspondiente.

Para la correcta ejecución de los proyectos locales bajo la responsabilidad de las direcciones regionales JUNAEB se espera avanzar respecto a los siguientes aspectos:

- Evaluación técnica de las propuestas de continuidad.
- Tramitación de convenios de continuidad y pago de primera cuota.
- Información a dirección nacional del cierre del proceso de continuidad regional.

Con este documento el ejecutor deberá presentar la propuesta de planificación 2013, que se formalizará en convenio de continuidad 2013.

Los convenios respectivos deben realizarse según términos planteados en el área Jurídica del presente capítulo.

Todos los convenios se elaboran y suscriben entre cada Dirección Regional y el organismo ejecutor correspondiente y deben ser respaldados por la respectiva resolución aprobatoria.

Cada Dirección Regional debe enviar a la Dirección Nacional de JUNAEB antes del 11 de febrero del 2013 el resultado del proceso de asignación de continuidad, sujeto a antecedentes de las orientaciones que se envían en circular complementaria a estas orientaciones.

Crecimientos 2013:

Para el 2013, según asignación presupuestaria, no se ha proyectado crecimientos del HPV I y HPV II en ninguna de las áreas de extensión:

- Crecimiento de corte 4º EB HPV I
- Crecimiento a nuevas escuelas HPV I y HPV II
- Crecimiento a nuevas comunas HPV I y HPV II

## ii. Seguimiento Programa HPV: nivel nacional y regional

Modelo Gestión Regional del HPV según Niveles.

La gestión del HPV, considera tres niveles, que cumplen funciones y acciones diferentes y complementarias entre sí:

1. Seguimiento y monitoreo nacional: responsable del diseño, monitoreo, evaluación y control general del programa. Sus productos -respecto a los niveles regionales- son: diseño y entrega oportuna de Orientaciones técnico administrativas; procedimientos y formatos jurídicos y administrativos; proceso e instrumentos para el seguimiento; supervisión y acompañamiento a la gestión regional y retroalimentación del análisis de este proceso, informes de evaluación del programa.

2. Supervisión y acompañamiento regional: responsable de la supervisión y seguimiento regional y del control de gestión de las unidades de ejecución local del programa o comunas. Se busca el fortalecimiento de la gestión del cambio, dónde el rol de la supervisión es de asesoría técnica que acompañan los procesos técnicos y programáticos de los proyectos, según necesidades detectadas, más que en un énfasis fiscalizador. La gestión JUNAEB involucra dos áreas, el área de gestión técnica, representada por la Coordinación Regional del Programa de Salud del Estudiante y el área de gestión administrativa financiera, representada por la Unidad de Gestión de Recursos Regional. Las acciones de gestión técnica y administrativa involucran actividades orientadas a los siguientes ámbitos:

### 2.1. Acompañamiento técnico y administrativo a las entidades ejecutoras.

Acciones directamente con la entidad responsable y equipo ejecutor, para asegurar una correcta ejecución, acorde con modelo de intervención y procesos administrativos vigentes, que tienen énfasis en la ejecución y rendición del presupuesto. Incluye envío de documentación escrita, informes, visitas a equipo, jornadas y capacitaciones a ejecutores, la detección y toma de medidas temprana frente a situaciones problemas, entre otras.

Se hace un énfasis especial, en la necesidad de fortalecer las áreas de gestión administrativa, referidas a:

- Suscripción y aprobación oportuna de convenios de continuidad.
- Cumplimiento de fechas y montos en rendiciones y pagos acordados.

### 2.2. Supervisión directa de las acciones desarrolladas por los equipos ejecutores y evaluación de satisfacción de usuarios (profesores, directivos, padres, niños).

Responsabilidad de la Coordinación de Salud, según modalidad regional, provincial y territorial. Se espera que dentro del plan se incorporen acciones de supervisión directa, acorde con los recursos regionales actuales disponibles para la gestión del programa, a lo menos 1 visita al año en terreno por proyecto, orientada por este objetivo y, desde este año, acciones de supervisión con actores de las escuelas, según orientaciones entregadas más adelante. Se espera que las iniciativas Regionales que se han avanzado en este sentido, se integren al plan de Acompañamiento Regional, dando consistencia a las acciones, los productos según hitos de gestión y la alimentación en la toma de decisiones que permitan el refuerzo de aspectos débiles detectados.

2.2.1. Coordinación y fortalecimiento de la gestión JUNAEB regional – nacional.

Incluye tramitación y firma de convenios, revisión y aprobación de informes, rendiciones, pagos, elaboración y envío de información a la nacional, entre otros.

2.2.2. Trabajo de red, a nivel regional y provincial.

Son las acciones de información, sensibilización y difusión que JUNAEB Regional realiza con los actores regionales y provinciales de los distintos sectores, para apoyar la buena ejecución del Programa. Eventualmente, puede incorporar acciones hacia la red comunal, en casos especiales, que se requiera reforzar desde JUNAEB el quehacer del ejecutor. Especial énfasis, en las acciones regionales para apoyar la resolución de la derivación de niños con problemas de salud mental, con el sector salud y otras instancias que apoyen la atención. Estas acciones deben estar orientadas al empoderamiento del programa, ligado a la difusión, en especial con instancias como las SEREMI, Niveles Provinciales de educación, así como eventualmente, actores locales (DIDECO, DAEM, DAS, Consejos escolares y otros). Los actores relacionados con los equipos de integración y de trabajo de atención en las necesidades educativas especiales son de especial relevancia.

3. Ejecución nivel comunal: está representada por la entidad ejecutora, que coordina acciones con la comunidad educativa, con las autoridades y actores de la red local, según modelo de intervención propuesto por el HPV.

En el siguiente esquema se presenta el modelo de gestión y sus niveles:

PLAN DE SEGUIMIENTO REGIONAL HPV 2013

La gestión del HPV se establece en un ciclo anual, en que se distinguen momentos o hitos básicos, en que se coordinan y complementan las acciones del ejecutor y de JUNAEB, diferenciando las acciones y responsabilidades entre el área técnica y administrativa financiera.

Esto se presenta en esquema siguiente:

HITOS DE SEGUIMIENTO	ACCIÓN	PRODUCTO O RESULTADO	FECHA
1) EVALUACIÓN ANUAL	Sistematización anual resultados regionales	INFORME FINAL REGIONAL que sirve como: 1. Insumo para difusión y retroalimentación a red regional y equipos. 2. Apoya definición de prioridades de gestión ANUAL. Esto incluye énfasis por equipo y generales. 3. Es base de retroalimentación a equipo local, desde modelo y gestión JUNAEB.	DICIEMBRE
2) PROGRAMACIÓN ANUAL	Establecimiento marco inicial ejecución anual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propuestas (anuales/trienales) locales aprobadas</li> <li>• Convenio y resolución aprobatoria.</li> <li>• PAGO 1º CUOTA</li> <li>• Resúmenes regionales de programación ANUAL:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a.- Coberturas</li> <li>b.- Presupuesto con fechas y compromisos</li> <li>c.- Programación áreas especiales: prevención y derivación</li> </ul> </li> </ul>	ENERO-FEBRERO

HITOS DE SEGUIMIENTO	ACCIÓN	PRODUCTO O RESULTADO	FECHA
3) INFORME DE AVANCE Y 1º RENDICIÓN - PAGO 2º CUOTA	Evaluación avance y fijación medidas generales y por proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendición 1º cuota</li> <li>• Evaluación JUNAEB por proyecto enviado al ejecutor según plazo convenio en que aprueba o rechaza informe - rendición.</li> <li>• PAGO 2º CUOTA</li> <li>• Planificación de medidas de JUNAEB según estado de avance</li> <li>• Resumen regional de avance</li> </ul>	JUNIO
4) 2º RENDICIÓN - PAGO 3º CUOTA	Por finanzas evaluación sólo rendición por proyecto. No hay informe técnico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendición 2º cuota</li> <li>• Informe FINANZAS JUNAEB evaluación rendición y resultado: aprueba o rechaza según plazo convenio.</li> <li>• PAGO 3º CUOTA</li> <li>• Planificación de medidas por Área de Gestión de Recursos frente a pendientes y de JUNAEB según estado final</li> </ul>	OCTUBRE
5) INFORME FINAL Y RENDICIÓN FINAL Y APROBACIÓN CIERRE ANUAL	Evaluación final y proyecciones generales y por proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendición 3º cuota y Total.</li> <li>• Informe JUNAEB por proyecto de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- evaluación rendición y resultado: aprueba o rechaza según plazo convenio.</li> <li>- evaluación informe técnico y resultado: aprueba o rechaza según plazo convenio.</li> </ul> </li> <li>• Planificación de medidas finales frente a pendientes y de JUNAEB según estado final</li> <li>• Se devuelve boleta de garantía</li> <li>• Se aprueba o rechaza continuidad según ejecución anterior.</li> </ul>	DICIEMBRE
6) EVALUACIÓN ANUAL Y PROYECCIONES	Sistematización resultados regionales anuales	Ídem nº 1	DICIEMBRE

Cada Dirección Regional, desarrolla una propuesta del Plan de Acompañamiento y Seguimiento Regional al HPV, que deberá remitirse hasta el 11 de Febrero del 2013, a la Dirección Nacional.

Para afianzar el avance en el modelo de gestión regional de acompañamiento y seguimiento eficaz, es necesario definir y explicitar las acciones y momentos o hitos de ejecución anual del programa para todos los niveles, acotados en el tiempo y con productos definidos. El Plan permitirá hacer visible el cumplimiento y las acciones pendientes.

Es importante considerar el envío de información y la incorporación a reuniones de capacitación o supervisión a representantes de las unidades responsables del HPV a nivel local, a fin de estrechar la relación, consolidar el conocimiento del programa y consensuar decisiones, apoyos mutuos. Se deben incorporar la planificación de acciones en terreno proyectadas y otras acciones de Coordinación interna y/o externa, ordenadas según hito que fortalecerán.

Se hace especial énfasis que en el plan queden expresamente definidas el número, periodicidad y comunas programadas para las visitas a terreno, las que deben ser planificadas e insertadas con el objetivo de fortalecer los productos por hitos de gestión definidos.

La Propuesta de Acompañamiento y Seguimiento Regional al HPV, debe ser ordenada según los hitos definidos, acciones propuestas, especificación del producto o resultados esperados y cronograma de las acciones. Su presentación debe ser según el siguiente esquema:

<b>PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO REGIONAL AÑO ____</b> <b>REGIÓN: _____</b>														
<b>RESPONSABLE (S) TEMÁTICO (S) HPV REGIONAL: (INDICAR NOMBRE – FUNCIONES – TERRITORIOS/PROYECTOS)</b>														
HITOS	ACCIONES	PRODUCTO / RESULTADO	AÑO: ____											
			dic	ene	febr	marz	abril	may	Jun	jul	ag	sept	oct	nov

Se solicita se asegure el uso de registros para las acciones de acompañamiento y supervisión del Programa, en especial, respecto a jornadas de capacitación y reuniones realizadas con entidades ejecutoras u otras instancias regionales. Se sugiere que se use como formato base los formatos aportados para estos efectos por el sistema de gestión de calidad institucional, considerando las particularidades y aportes de cada dirección regional. Se hace presente que estos registros son de fundamental importancia, para efectos de evaluaciones y auditorías que se realicen del programa, por lo que se solicita a los Directores Regionales asegurar su establecimiento y uso.

#### Énfasis del Programa en trabajo red intersectorial 2013

- SISTEMA CHILE SOLIDARIO – MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL (MDS):

Se reitera necesidad que Niveles Regionales PSE participen y registren su participación en las Mesas de Trabajo Chile Solidario, convocadas por MDS. Esta acción se basa en convenio establecido por ambas instituciones. Estos respaldos son eventualmente auditables y formarán parte de informes de avance entregados por JUNAEB al MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL.

Según experiencia iniciada el 2012, las Secretarías Regionales del MDS realizan monitoreo a los convenios nacionales de acuerdo a Pauta y Lineamientos Ministeriales y que, para el HPV, corresponden a pauta trabajada con la instancia nacional del Programa, para el 2013. Estas visitas se realizan al equipo ejecutor del Programa, en coordinación y en conjunto al Encargado Regional JUNAEB, en una visita a terreno a los Programas en convenio CHISOL- JUNAEB, incluido el HPV. La pauta de supervisión considera los siguientes tópicos:

- CONTEXTO/ANTECEDENTES PROYECTO LOCAL: Unidad de ejecución y presupuesto asignado y ejecutado. A ser consultado al nivel regional.
- DESCRIPCIÓN PROYECTO LOCAL: organización y descripción del equipo ejecutor; cobertura programada por actor, diferenciación cobertura CHISOL.
- EVALUACIÓN NIVEL EJECUCIÓN PROYECTO LOCAL: Nivel de Cumplimiento de acciones centrales del Programa y asistencia, según planificación aprobada.
- COORDINACIÓN E INSERCIÓN DEL PROGRAMA EN RED LOCAL Y ESCUELAS. Respuesta de Red con que trabaja HPV, coordinación y respuesta para casos derivados, instalación HPV en escuelas.

- OPORTUNIDADES DE COLABORACIÓN HPV - LEY SUBVENCIÓN ESCOLAR PREFERENCIAL (SEP):

Para 2013 se abre posibilidad de explorar colaboración con SEP en 3 dimensiones:

- En apoyo técnico, se propone iniciar diálogo con contrapartes nacionales, de modo de explorar de modo conjunto modalidades, coincidencias y protocolos de trabajo que permitan fortalecer presencia del Programa en escuelas, en sintonía con trabajo que se ha venido desarrollando.
- El Programa dispone de suficiente conocimiento y despliegue territorial para contribuir al avance sustantivo de coordinaciones virtuosas intersectoriales y aumentar las capacidades locales para despejar prácticas que no aporten al bienestar de los estudiantes (p.e.: atenciones clínicas en las escuelas, autocuidados duplicados, etc.).
- En gestión, se propone generar las condiciones para que se logre efectiva articulación, levantando orientaciones, normativa o protocolos de apoyo en las comunas donde existe HpV, de modo que las programaciones de planes de mejora SEP se considere al HpV como actor relevante en la dimensión de convivencia. Se propone, en un primer momento, abordar el fortalecimiento del

trabajo ya existente, ya que aún la intermitencia del financiamiento gestionado localmente no es compatible con modelo de intervención sustentable.

- En financiamiento, mientras exista coincidencia y acuerdo sustantivo con lo anterior, con orientaciones concretas, de modo de disponer recursos que por ejemplo:
  - Financien las horas de los docentes dedicadas a ejecutar las actividades del Programa.
  - Financie aportes locales de profesionales ejecutores del proyecto.
  - Financie otros gastos necesarios para la buena operación de los proyectos locales (equipamiento, materiales, traslado, etc.).

Es importante que las Direcciones Regionales consideren:

- Identificar y hacer presente a los proyectos locales las escuelas en que se esté implementando Planes de Mejoramiento a la Gestión Educativa en el marco SEP.
- En las escuelas con planes de mejora SEP, los equipos deben considerar acciones, que apoyen la articulación HpV con estos planes, especialmente en el área de convivencia escolar.
- Al ser visualizado por la escuela como potenciador de los planes de mejora, apoya el articular la oferta que llega a la escuela bajo un mismo marco de legitimidad y sustentabilidad en el tiempo. Además, apoya la coordinación con la política educacional vigente.
- LEY DE INTEGRACIÓN Y NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES – DECRETO 170 – LEY N° 20.201/2007 MINEDUC:

Antecedentes

Esta ley relacionada con la subvención que perciben las escuelas especiales y los establecimientos de educación regular que cuentan con programas de integración escolar (PIE), y que incorporó distintas modificaciones relacionadas con el cuerpo legal que regía este tipo de subvenciones, de los cuales, el que más se relaciona con el Programa HPV es lo que define y amplía las Necesidades Educativas Especiales (NEE) de carácter transitorio que recibirán este tipo de subvención, incorporando al Déficit Atencional (SDA), entre otros.

Los sostenedores que reciben esta subvención tienen como obligaciones, entre otras:

- Asegurar Procurar Diagnóstico de los alumnos beneficiarios(as)
- Ejecutar un PIE. Este debe ser parte del Proyecto Educativo Institucional de la escuela y del Plan Anual de Desarrollo Educativo Municipal, PADEM cuando corresponda. Debe estar articulado con la SEP, la política de perfeccionamiento y las orientaciones del currículum.
- Los recursos son utilizados en ítems como contratación de recursos humanos especializados; Capacitación y perfeccionamiento; Coordinación, trabajo colaborativo y planificación; Provisión de medios y materiales educativos; horas profesionales para la realización de los diagnósticos y evaluación, entre otros.

ORIENTACIONES REGIONALES PARA COORDINACIÓN DEL PROGRAMA CON TRABAJO DE SDA COMO NEE:

- La incorporación del SDA como NEE Transitoria constituye una oportunidad de Coordinación y trabajo colaborativo con cada escuela del Programa, con los niños que son prioridad dentro del área de Derivación del HPV. Los equipos pueden aportar en gran medida a que los PIE complementen y apoyen en el desempeño educativo a estos niños; la optimización de los recursos de la escuela, así como la facilitación de una buena red de resolución de salud de los casos, se puede ver fortalecida.
- El Decreto N° 170 indica al TOCA- RR y PSC como instrumentos posibles de ser considerados en las acciones de detección y derivación, en el contexto de "... las escuelas que cuentan con el Programa Habilidades para la Vida" y, por lo tanto, no son aplicables a otra población ajena al Programa Habilidades para la Vida. Por lo tanto, no son admisibles solicitudes que pidan usar estos cuestionarios en cursos o escuelas en los que no se encuentra el Programa.
- En caso que se requiera información sobre los resultados de la detección de niños con detección realizada por el programa (1º o 3º básico), el equipo puede proporcionar formalmente esta información en caso que esta solicitud también sea solicitada del modo, con conocimiento del director del establecimiento y mediante las fichas individuales de detección por niño que se obtienen del sistema informático HpV.
- La orientación y apoyo desde los niveles de Direcciones Regionales con los DEPROV y SECREDOC es fundamental para que se optimice el nivel local.

- La posibilidad para el Programa Habilidades para la Vida de establecer una coordinación intersectorial con el MINSAL a través de la realización de este pilotaje reviste gran importancia, debido a que es una fuente de consolidación estratégica de un trabajo que hace años se ha ido forjando con el mismo MINSAL y que puede rendir frutos al menos haciendo que en las comunas con pilotaje se valide el uso de la Guía Clínica del MINSAL. Secundariamente, la coordinación con los equipos locales hace que se refuerce la visibilidad del Programa y que los esfuerzos conjuntos en beneficio de la salud mental de la infancia se robustezcan.
- Es de la mayor preocupación del equipo del Programa Habilidades para la Vida que las acciones que se puedan realizar con este pilotaje no apunten a fortalecer al Programa, ya que desagregar las actividades fragmenta las energías y debilita el modelo de intervención en su conjunto.
- PROGRAMAS CONTROL DE SALUD - MINSAL:
  - PROGRAMA PILOTO CONTROL NIÑO SANO (MINSAL)

#### Antecedentes

El propósito del piloto MINSAL es otorgar atención integral y resolutive a la población de 5 a 9 años a través de controles de salud realizados en el establecimiento educacional, que contribuyan a la promoción de factores protectores de la salud y el desarrollo y a la pesquisa oportuna de problemas de salud prevalentes en este grupo de edad. Consiste en la atención sistemática y periódica al niño/a, con el objeto de vigilar su normal crecimiento y desarrollo, riesgos físicos y sociales presentes que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y a los resultados de salud en fases posteriores de la vida, entregando acciones básicas de fomento y protección de la salud. Posee un enfoque territorial, está centrado en los niños y sus familias y hace énfasis en la identificación de redes de apoyo disponibles a nivel local.

Según experiencia 2012, de las 17 comunas con despliegue del Piloto 2012, hay 15 de ellas con Programa HPV I instalado, que involucra 234 escuelas participantes cubiertas por el Control de Salud. Ha habido avances y coordinaciones regionales que esperamos apoyar y consolidar durante el 2013.

- PROGRAMA SALUD INTEGRAL ADOLESCENTES Y JÓVENES: CONTROL JOVEN SANO (MINSAL)

La pesquisa oportuna e intervención precoz se inicia con el control de salud integral, "Control Joven Sano", que se realizará con un enfoque participativo, anticipatorio y de riesgo. Debe implementarse en forma articulada con el intersector. Para ello, debe ir reforzando progresivamente la capacidad resolutive del nivel primario de salud, así como también mejorar la derivación oportuna a nivel secundario cuando sea pertinente y de acuerdo a protocolos definidos.

El programa se desarrolla en todo el país, en las SEREMIS y en los tres niveles de atención del sistema público de salud, incluyendo a toda la población de adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años. Constituyéndose en un programa de referencia para la atención de esta población en el sistema privado de salud.

Durante el 2012, se identifican 58 espacios amigables de Salud Joven, ubicados en 54 comunas. A continuación se detallan las comunas en donde actualmente existe coincidencia con el programa HpV II:

REG	COMUNA HPV II	ESPACIOS SALUD JOVEN
1	ALTO HOSPICIO	CESFAM PEDRO PULGAR (ALTO HOSPICIO)
5	VALPARAÍSO	CESFAM PLAZA JUSTICIA (VALPARAÍSO)
8	LOS ÁNGELES	CESFAM SUR (LOS ANGELES)
12	PUERTO MONTT	CESFAM ANGELMÓ- CESFAM ALERCE (PUERTO MONTT)
13	LO ESPEJO	CESFAM RAÚL BRAÑES – CESFAMMARIELA SALGADO – CESFAMCLARA ESTRELLA
	PEÑALOLÉN	CESFAM PADRE WELHAN
	PUENTE ALTO	CESFAM KAROL WOJTYLA

Ha habido avances y coordinaciones regionales que esperamos apoyar y consolidar durante el 2013.

○ HPV - ORIENTACIONES COORDINACIÓN CON PROGRAMAS CONTROL SALUD – MINSAL

La posibilidad para el Programa Habilidades para la Vida de establecer una coordinación intersectorial con el MINSAL a través de la realización del pilotaje en Control del niño Sano o del Control Joven Sano, reviste gran importancia, debido a que es una fuente de consolidación estratégica de un trabajo que hace años se ha ido forjando con el MINSAL y que puede rendir frutos en las comunas con presencia de estas iniciativas, en el área de derivación a atención de salud mental. Secundariamente, la coordinación con los equipos locales hace que se refuerce la visibilidad del Programa y que los esfuerzos conjuntos en beneficio de la salud mental de la infancia se robustezcan.

En este contexto, es importante que las Direcciones Regionales consideren:

- Identificar y hacer presente a los proyectos locales en que se esté implementando Programas de Control de Salud, en sus dos niveles.
- Realizar acciones que permitan conocer cómo se ha desarrollado hasta ahora la articulación del CONTROL SANO con el HPV en los espacios territoriales y regionales.
- Articular acciones que apoyen que los equipos territoriales del HPV y de Salud conozcan modelos, establezcan contactos y coordinaciones, así como se comparta información y estrategias, en especial referido a fortalecer los flujos de derivación hacia APS (Atención Primaria en Salud), según normativa actual del Programa.

iii. **Procedimiento y plazos de revisión de informes: continuidades**

Los requisitos y fechas de entrega de informes y rendiciones por parte de las entidades ejecutoras se encuentran establecidos en los convenios correspondientes, acorde con lo establecido en las Orientaciones Técnico administrativas.

La visación y aprobación de estos informes, así como la retroalimentación a las entidades ejecutoras, es responsabilidad de la Región en los territorios, en dos niveles:

- 1) Visación técnica
- 2) Visación administrativa

1) Visación técnica: se refiere a la revisión y evaluación de la propuesta anual y los informes de gestión (avance y final) entregados por el ejecutor. Es de directa responsabilidad del coordinador de salud correspondiente, quien debe revisar para cada uno de los informes dos aspectos:

- a) Admisibilidad de la propuesta o informe, corresponde al ajuste formal a la pauta de presentación solicitada por la JUNAEB. La conclusión establece: “el informe presenta toda la información y en el orden y las condiciones definidas en la pauta entregada por JUNAEB, permitiendo la evaluación técnica de este”. El resultado es un SI, NO O PARCIALMENTE. Deben consignarse los aspectos deficientes, si existiesen, para ser completados por el ejecutor, y el plazo otorgado para las correcciones solicitadas.
- b) Evaluación de la pertinencia técnico-administrativa de la propuesta o informes de gestión:
  - Requisitos técnicos y programáticos del modelo (por ejemplo, cobertura de escuelas comprometidas, plan de actividades por Unidad y acciones según modelo; equipo estable en cantidad y perfil acorde con las necesidades emanadas de la propuesta de intervención correspondiente, etc.).
  - Cumplimiento de aspectos administrativo-financieros: (por ejemplo, presupuesto dentro del marco establecido, tipo de gastos propuestos acorde con las orientaciones JUNAEB, aporte local es pertinente y cubre % requerido, etc.)
  - Cumplimiento de la ejecución, en sus aspectos técnicos y administrativos, en el periodo anterior.

La conclusión de la evaluación de las propuestas o informes, debe establecer explícitamente, si:

- La propuesta anual presentada se encuentra dentro del marco definido por JUNAEB, tanto en sus aspectos técnicos, como administrativos.
- El informe de gestión (avance o final) da cuenta del avance de la ejecución, acorde al modelo de intervención y a la programación aprobada, tanto en la forma como en los contenidos presentados. En su conclusión se utilizan las siguientes categorías: SI, NO o PARCIALMENTE, y deben consignarse explícitamente las observaciones.

La evaluación realizada por la coordinación de salud (con o sin apoyo externo) debe ser concluyente y consignar las mayores fortalezas y los aspectos o áreas evaluadas como deficientes, para que sean corregidos por el ejecutor. Lo anterior puede significar que el informe, se “ACEPTA CON LAS SIGUIENTES OBSERVACIONES, las que deben ser enviadas a esta instancia”.

La evaluación realizada por la coordinación de salud (con o sin apoyo externo), debe responder a la conclusión “SI, NO o PARCIALMENTE”. Deben consignarse los aspectos de mayor fortaleza y aquellos deficientes, para que sean completados por el ejecutor, expresando claramente que deben ser revisadas y contestadas a esa instancia.

Los formatos de evaluación de informes de continuidad se incorporan como parte de cada uno los informes de ejecutores.

Para efectos de este proceso, se entregará, como en años anteriores, apoyo externo a las Direcciones Regionales para el desarrollo de esta tarea, acorde a los momentos y en la cobertura que los procesos y presupuesto nacional lo permitan y que serán informados oportunamente.

- 2) Visación administrativa: se refiere a la revisión de la rendición de fondos, en términos de oportunidad, pertinencia de gastos y de respaldos, según normativa de JUNAEB, entregada en Manual de Rendiciones y Términos de referencias o Bases de Licitación, que correspondan al ejecutor. Es de responsabilidad de las Unidades de Recursos o Finanzas Regionales.

Se solicita especial esfuerzo en términos de lograr el correcto y oportuno cumplimiento en las fechas de pagos y entrega de informes dentro de los plazos y fechas estipuladas en los convenios, para así evitar retrasos en los pagos y los problemas derivados de ello.

**iv. Retroalimentación de informes y avances a la coordinación nacional HPV:**

Dentro de las acciones del plan regional de seguimiento del Programa, el nivel Regional cumple el imprescindible rol de retroalimentar a la Dirección Nacional de aspectos de ejecución del Programa. Se solicita cumplir con el envío oportuno de la siguiente información, que alimenta la función de la Coordinación Nacional:

ARCHIVOS DE DOCUMENTO A ENVIAR:	PLAZO DE ENVÍO
1. Revisión y eventuales observaciones, correcciones regionales a marco presupuestario de proyectos de continuidad.	30 de Enero
2. Archivos de planificación anual aprobadas de cada proyecto, incluyendo la evaluación de cada una de ellas	11 de Febrero
3. Convenios y resolución aprobatoria de cada proyecto	11 de Febrero
4. Plan de Acompañamiento y Seguimiento al HPV	11 de Febrero
5. Nómina con demanda de capacitación de profesionales que requieren capacitación en Modelo HPV- I y HPV-II, según detección y priorización regional.	11 de Marzo
6. Archivos de informes de avance de cada proyecto, incluyendo la evaluación de cada uno.	22 de julio
7. Archivos de informes finales de cada proyecto, incluyendo la evaluación de cada uno.	20 de diciembre
8. Archivo Estadísticas Regionales HPV, según formato vigente:	

• Estadística de programación	11 de Febrero
• Estadística de avance	22 de julio
• Estadística Final	20 de diciembre

**v. Acompañamiento nacional a la gestión regional HPV:**

La función de supervisión y acompañamiento a la gestión regional, busca asegurar el seguimiento nacional de la gestión regional, logrando apoyar la resolución de áreas débiles detectadas en forma oportuna y eficiente.

Para ello, se establecen Encargados del Programa en el DSE de la Dirección Nacional, que se coordinan y complementan con los Encargados de las URSE y los Encargados del Programa en las Direcciones Regionales respectivas.

La distribución de Encargados propuesta para el HPV este año por región se presenta en párrafo posterior.

Las acciones y momentos de esta función son las siguientes:

<b>RETROALIMENTACIÓN INFORMES REGIONALES:</b>	<b>FECHA ESTIMADA</b>
1. ANÁLISIS PROGRAMACIÓN REGIONAL HPV	30 de abril 2013
2. ANÁLISIS ESTADO DE AVANCE REGIONAL HPV	30 de julio 2013
3. ANÁLISIS ESTADO ANUAL REGIONAL HPV	30 de enero 2013

Esta acción se realiza a través del envío de un informe desde la Jefatura del Depto. de Salud del Estudiante y se basa en la información enviada por la región, según lo descrito en punto anterior y del SIGFE e información remitida por el Depto. de Recursos Nacional.

Como forma de complementar y enriquecer estos informes, se programan visitas a terreno, de los encargados nacionales HpV a cada Región, que incorpora acciones de análisis con equipo regional, visita a terreno, participación en reuniones y jornadas con ejecutores, coordinaciones con instancias regionales y locales, las que serán programadas y acordadas previamente con las direcciones y coordinaciones regionales respectivas, en la forma de un programa de visita de supervisión y seguimiento nacional HpV.

Las visitas de coordinadores nacionales encargados del HPV a las direcciones regionales de JUNAEB se han programado con distintas orientaciones y objetivos:

- 1) Visitas de supervisión y acompañamiento Nacional HPV.
  - Regiones con más de 6 proyectos: a lo menos 2 visitas anuales.
  - Regiones con menos de 6 proyectos: a lo menos 1 visita anual.
- 2) Participación en Encuentros Zonales (norte y sur), incorpora supervisión interregional.

**vi. Orientaciones jurídicas HPV:**

**ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE GENERACIÓN DE CONVENIOS**

- Sobre el alcance de los convenios

Los Convenios Trienales Vigentes (2011-2013 ó 2012-2014), tienen como referencia los Términos de Referencia Técnico Administrativo elaboradas para el período antes indicado y se complementan con las precisiones que se enviarán para este año 2013 en particular.

Así mismo, dichos Convenios, son el referente para la elaboración de los “Convenios de Continuidad año 2013” que contendrán las especificaciones técnicas, administrativas y presupuestarias establecidas para el año 2013 y deberán hacer referencia a la Resolución que aprueba el Convenio Trienal (2011-2013 ó 2012-2014), firmado por la Dirección Regional y la Entidad Ejecutora respectiva.

Para los proyectos cuyo Convenio Trienal expiró, se generará un nuevo convenio bienal (período 2013-2014) y su referencia son los Términos de Referencia Técnico Administrativo 2013-2014 en proceso de revisión. Es este último documento el que dará cuenta de las especificaciones técnicas, administrativas y presupuestarias establecidas para el año y el periodo bienal respectivo.

o Sobre el presupuesto de proyectos

El presupuesto para el año 2013 está sujeto a la disponibilidad de recursos del servicio de acuerdo Ley de Presupuestos para el Sector Público aprobada para el año 2013, a la actualización de coberturas, como también a eventuales modificaciones en los establecimientos incorporados al Programa.

Toda modificación presupuestaria debe ser formalizada en un Convenio de Continuidad, que expresará las escuelas a intervenir durante el año 2013 acorde con la etapa del Programa que corresponda a cada ejecutor.

*En el evento que el monto total del proyecto (bienio) a transferir sea igual o superior a un total de 5.000 UTM, dicho convenio debe ir a Toma de Razón a la Contraloría Regional correspondiente.*

o Sobre las coberturas incorporadas al proyecto

El Convenio de Continuidad debe incluir cuadro con la identificación, dependencia y año de ingreso de cada una las escuelas incorporadas al programa.

o Sobre las condiciones para la firma del convenio

Los Convenios de Continuidad serán firmados con la entidad ejecutora una vez acreditadas las siguientes circunstancias:

- a) Ausencia de obligaciones pendientes según Términos de Referencia Técnico Administrativo correspondiente a cada proyecto comunal.
- b) Ausencia "reparos" efectuados en el desempeño técnico y financiero, durante el año anterior.

Así mismo es necesario contar con la aprobación de la programación técnica y financiera del año 2013 o período 2013-2014 (según corresponda) y la debida presentación de garantías (en los casos de Corporaciones Municipales).

o Sobre garantías

No están obligados a constituir garantía las Municipalidades y Servicios Públicos, en virtud de lo dispuesto en el Dictamen N°17.744 de fecha 17 de mayo de 2000 de la Contraloría General de la República.

Todas las entidades de derecho privado (por ejemplo: corporaciones municipales) tienen la obligación de presentar garantía de fiel cumplimiento de las obligaciones emanadas del convenio para recibir las cuotas indicadas en el convenio. Esta garantía equivale al monto de cuota más alta del convenio 2013.

Los instrumentos válidos para garantizar el fiel cumplimiento de la ejecución (técnica y administrativa) del proyecto son:

- Boleta de garantía bancaria
- Vale vista o Depósito a la vista
- Póliza de seguro de ejecución inmediata y sin liquidador.

Independiente del instrumento utilizado, éste tiene que ser extendido a nombre de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) con vigencia hasta el 28 de febrero de 2014.

En el caso de proyectos de continuidad que por situaciones especiales durante 2012 hayan ocupado la modalidad de pago de cuota contra presentación de rendición de gastos (corporaciones municipales), sin presentación de garantía de fiel cumplimiento, podrán seguir utilizando esta modalidad.

o Sobre formatos de convenio para proyectos de continuidad

En el año 2013 el procedimiento de extensión de Convenios de Continuidad se implementará mediante 2 modalidades, de acuerdo a la vigencia del mismo para cada proyecto:

(1) **COMUNAS CON PROYECTOS ANUAL CON CONVENIO TRIENAL VIGENTE – HPV I:**

Corresponde a proyectos que aún tienen vigente ciclo de 3 años de convenio (2011-2013 / 2012-2014), para los cuales se realiza una actualización de financiamiento reflejada en un convenio anual, en su versión para municipalidades o para corporaciones municipales:

REGIÓN	COMUNA	AÑO INICIO	REGIÓN	COMUNA	AÑO INICIO
3	CHAÑARAL	2008	10	PURRANQUE	2008
3	COPIAPÓ	2009	11	AYSÉN	2008
5	HIJUELAS	2008	12	NATALES	2008
5	LIMACHE	2008	13	BUIN	2008
6	CHÉPICA	2009	13	CERRILLOS	2008
6	SAN VICENTE	2008	13	COLINA	2009
6	SANTA CRUZ	2009	13	ISLA DE MAIPO	2008
7	COLBÚN	2008	13	LA FLORIDA 2	2009
7	MAULE	2009	13	LAMPA	2009
7	MOLINA	2008	13	MARÍA PINTO	2009
7	PARRAL	2008	13	PEÑAFLORES	2009
7	SAGRADA FAMILIA	2009	13	QUINTA NORMAL	2009
7	SAN JAVIER	2008	13	SAN PEDRO	2009
8	CHILLÁN VIEJO	2009	13	TILTIL	2008
8	MULCHÉN	2008	14	LA UNIÓN	2008
8	TOMÉ	2008	<b>31 PROYECTOS</b>		

Estos formatos de convenio se enviarán en conjunto con las orientaciones para equipos ejecutores 2013 vía Circular complementaria, cuyo envío está proyectado para diciembre del presente año.

(2) **LISTADO DE PROYECTOS DE CONTINUIDAD HPV I QUE RENUEVAN CONVENIO BIENAL 2013-2014.**

Los Proyectos Locales que cerraron un ciclo trienal en Diciembre del año 2012, para efectos de implementar un nuevo ciclo, esto es, aquellas entidades ejecutoras cuyo convenio trienal ha expirado. Para estos proyectos, se establece un nuevo convenio y que proyecta financiamiento para 2 años.

Las siguientes comunas y sus respectivos proyectos son participantes de este proceso:

REG	COMUNA	AÑO INICIO
1	ALTO HOSPICIO	2002
1	IQUIQUE	2002
2	TOCOPILLA	2002
2	ANTOFAGASTA	2007
3	VALLENAR	2004
4	COQUIMBO	2010
4	OVALLE	2004
4	LA SERENA	2004
5	CABILDO	2007
5	LA CALERA	2004
5	CATEMU	2007
5	LA LIGUA	2004
5	OLMUÉ	2004
5	PUTAENDO	2007
5	QUILLOTA	2002

5	QUILPUÉ	2004
5	QUINTERO	2002
5	SAN ANTONIO	2002
5	SAN FELIPE	2007
5	VALPARAÍSO	1999
5	VILLA ALEMANA	2004
5	VIÑA DEL MAR	1999
6	GRANEROS	2007
6	MALLOA	2002
6	MOSTAZAL	2007
6	PLACILLA	2002
6	QUINTA DE TILCOCO	2007
6	RANCAGUA	2002
6	RENGO	2002
6	SAN FERNANDO	2002
6	PICHIDEGUA	2010
6	LOLOL	2010
7	CAUQUENES	2002
7	CONSTITUCIÓN	2004
7	CURICÓ	2007
7	LONGAVÍ	2004
7	RETIRO	2007
7	SAN CLEMENTE	2004
7	TALCA	2002
7	VILLA ALEGRE	2007
7	YERBAS BUENAS	2004
7	LICANTÉN	2010
7	CHANCO	2010
7	PELLUHUE	2010
8	ARAUCO	2007
8	CAÑETE	2007
8	CHILLÁN	2004
8	COIHUECO	2007
8	CONCEPCIÓN	2000
8	CORONEL	2004
8	FLORIDA	2002
8	HUALPÉN	2002
8	LEBU	2002
8	LOS ÁNGELES	2004
8	LOTA	2007
8	PEMUCO	2002
8	PENCO	2004
8	SAN CARLOS	2002
8	SAN PEDRO DE LA PAZ	2007
8	TALCAHUANO	1999
8	TIRÚA	2010
8	COBQUECURA	2010
9	CARAHUE	2004
9	GORBEA	2004
9	LAUTARO	2004
9	NUEVA IMPERIAL	2004
9	TEMUCO	2006
9	VICTORIA	2004
9	VILLARRICA	2002
9	SAAVEDRA	2010
9	LONCOCHE	2010
9	FREIRE	2010
10	OSORNO	2004

10	PUERTO MONTT	2002
12	PUNTA ARENAS	1999
13	CERRO NAVIA	2002
13	CURACAVÍ	2004
13	EL BOSQUE	2004
13	ESTACIÓN CENTRAL	1998
13	HUECHURABA	2007
13	LA FLORIDA	2007
13	LA PINTANA	2004
13	LA REINA	1999
13	LO BARNECHEA	2007
13	LO ESPEJO	2004
13	LO PRADO	2002
13	MACUL	2002
13	MAIPÚ	2006
13	MELIPILLA	2002
13	ÑUÑO A	1997
13	PAINE	2007
13	P A CERDA	2002
13	PEÑALOLÉN	2002
13	PUDAHUEL	1995
13	PUENTE ALTO	1999
13	QUILICURA	2004
13	RECOLETA	2002
13	SAN BERNARDO	2007
13	SAN RAMÓN	2004
13	TALAGANTE	2001
13	CONCHALÍ	2010
13	LA GRANJA	2010
13	EL MONTE	2010
14	VALDIVIA	2002
15	ARICA	2002
15	ARICA 2	2010
<b>106 PROYECTOS DE CONTINUIDAD</b>		

Estos formatos de convenio se enviarán en conjunto con las orientaciones para equipos ejecutores 2013 vía Circular complementaria, cuyo envío está proyectado para diciembre del presente año.

(3) COMUNAS HpV-II CON PROYECTOS ANUAL CON CONVENIO TRIENAL VIGENTE:

Corresponde a proyectos que aún tienen vigente ciclo de 3 años de convenio (2011-2013), para los cuales se realiza una actualización de financiamiento reflejada en un convenio anual, en su versión para municipalidades o para corporaciones municipales:

REGIÓN	COMUNA	REGIÓN	COMUNA
1	ALTO HOSPICIO	8	LOS ÁNGELES
4	LA SERENA	8	LOTA
5	QUILPUÉ	10	PUERTO MONTT
5	VALPARAÍSO	13	LO ESPEJO
6	SAN FERNANDO	13	PEÑALOLÉN
7	YERBAS BUENAS	13	PUENTE ALTO
<b>12 PROYECTOS</b>			

Estos formatos de convenio se enviarán en conjunto con las orientaciones para equipos ejecutores HpV-II 2013 vía Circular complementaria.

vii. **Encuestas de seguimiento y satisfacción usuaria en el HPV.**

Las **ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS** vigentes para el Programa, es un Set de Pautas aplicadas a actores participantes del **HpV I**, que indagan el nivel de satisfacción y utilidad de las actividades del HPV. Permiten evaluar las actividades desde la percepción que tienen los participantes directos en ellas. No hay desarrollo aún de un sistema equivalente para el HPV II.

Es parte del Sistema de Autoevaluación por los equipos ejecutores del Programa Habilidades para la Vida en su intervención, orientado a analizar, comprender y mejorar sus prácticas y generación de propuestas de mejoras de la intervención, en sus cuatro dimensiones: Inserción e Implementación, Indicadores de actividades por Unidad, Soporte y Satisfacción Usuaria.

El equipo de psicología y educación de la Universidad de Chile, coordinado por el Dr. Jesús M. Redondo elaboró un sistema de evaluación de satisfacción de actores del Programa Habilidades para la Vida que contiene 5 pautas aplicadas desde 2006 por los equipos locales:

- Pauta Nº 1 ENCUESTA PARA PROFESORES 1º CICLO
- Pauta Nº 2 ENCUESTA PARA PROFESORES JEFES 1º, 2º Y 3º EB
- Pauta Nº 3 ENCUESTA PARA PADRES Y APODERADOS
- Pauta Nº 4 ENCUESTA PARA DIRECTIVOS
- Pauta Nº 5 ENCUESTA PARA ACTORES SOCIALES COMUNALES

Las orientaciones de gestión de las encuestas para los equipos se resumen así:

- Las encuestas están ordenadas según destinatario, incluyen preguntas sobre las actividades del Programa en las cuales dicha persona participó.
- Son aplicadas por los equipos HPV en el marco de las actividades regulares y programadas, en el proceso de finalización de las acciones, parte importante se aplicará el segundo semestre, considerando en el primer semestre, aplicación en acciones realizadas sólo en este periodo (por ejemplo, talleres preventivos realizados en el primer semestre).
- Se aplican de manera universal a los participantes asistentes a reuniones o jornadas de las unidades de: Red, Promoción, Prevención (el programa no realiza gestiones adicionales para la aplicación de estas pautas).
- Los resultados de la aplicación se analiza y sistematiza por cada equipo ejecutor y se incorpora al formato de informe final de cada año.
- Dentro del Material de apoyo a los Equipos Ejecutores se entregan las orientaciones e instrumentos para la aplicación, registro y análisis de este proceso (Consultar el Manual evaluación ejecutores HpV, anexo a los TDR de cada año, así como en el espacio web HPV).

Desde el año 2008, JUNAEB entrega a los equipos locales un sistema de tabulación a través de Planilla Excel de Informe Final, para facilitar análisis a nivel local y Regional de esta información, utilizando los Indicadores de satisfacción de actores construidos por el equipo de la Universidad de Chile. Estos Indicadores entregan mejores resultados basados en:

- Satisfacción con las actividades del Programa.
- Cambio positivo en los actores participantes del Programa.
- Equipo de intervención del Programa.

Para efectos de aplicación Regional del Sistema de Evaluación Satisfacción Usuaria, el año 2013 se orienta:

- Su alcance, según nivel de desarrollo actual, incluye únicamente el HPV I.
- La utilización de esta información dependerá de la correcta aplicación y registro comunal, por lo que la Región debe asegurar que el ejecutor programe esta acción, la ejecute en forma oportuna y la registre e informe a JUNAEB.
- En los Informes Finales del año se obtiene la Información detallada de la aplicación por actor, así como los cuadros resúmenes en dos niveles:
  - Nivel descriptivo: establece la frecuencia y % de respuestas por categoría y Encuesta, un nivel de análisis que apoya potenciales requerimientos institucionales.

- Nivel analítico: establece los resultados del sistema de Indicadores de satisfacción usuaria, entregando análisis comparativo comunal, regional y nacional con el año anterior. Se espera que ese nivel de análisis sea manejado como parte del enriquecimiento del Programa a nivel Regional y Comunal, en especial, estableciendo comparaciones de seguimiento de resultados históricos obtenidos.

## 2.4 PRESUPUESTO 2013 PROGRAMA HPV

El presupuesto 2013 para cada región incluye:

- Monto regional de continuidad para el 2013
- Monto regional asignado para proyectos de continuidad HpV-I de presupuesto Chile Solidario – MDS.

### **1) Monto regional de continuidad para el 2013**

En el *Programa Habilidades para la Vida I*, el monto incluye los siguientes ajustes presupuestarios:

- Ajuste 2013 a Presupuesto asignado a crecimiento 4º EB según cobertura real adjudicada 2012.
- Reajuste de 2,5% al presupuesto Aporte JUNAEB, equivalente al otorgado por DIPRES, aplicado al total de presupuesto de continuidad 2012, incluido el monto ajustado del 4º EB.
- Presupuesto por Incremento natural a proyectos que incorporaron escuelas con inicio 2011, que suben cohorte de 3º EB este 2013.

Para ver monto regional ver Tabla N°1. La desagregación por comuna se presenta en la Tabla N°2.

En el *Programa Habilidades para la Vida II*, este monto incluye los siguientes ajustes presupuestarios:

- Reajuste general anual otorgado por DIPRES a presupuesto, adecuado a 2,5%.

Para ver monto regional ver Tabla N°3. La desagregación por comuna se presenta en la Tabla N°4.

Se enfatiza que el monto indicado es una referencia, según estimación y ajustes informados a la Coordinación Nacional y debe ser revisado por cada Dirección Regional, informando a esta instancia las eventuales diferencias en la información, para que se produzcan los ajustes y aclaraciones respectivas al 30 de Enero de 2013, según se indica más adelante.

El monto total del requerimiento regional de presupuesto de continuidad se presenta en la Tabla N° 5.

### **2) Monto regional asignado para proyectos de continuidad HpV-I de presupuesto Chile Solidario – MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL.**

En la ley de presupuesto año 2013, el Sistema Chile Solidario ha asignado un total de \$863.930.000 al Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB. Este monto ya se encuentra incorporado en el presupuesto 2013, presentado anteriormente.

*Según la normativa vigente desde el año 2011 respecto a la rendición de la inversión realizada en el marco del Convenio con el Ministerio de Desarrollo Social para la atención del Programa de los niños de Familias pertenecientes al Sistema Chile Solidario y la actualización realizada con contraparte Ministerio de Desarrollo Social, los montos asignados por proyectos deben ser rendidos en su totalidad en lo que corresponde a Transferencias corrientes a otros organismos Públicos – Transferencias corrientes a otros organismos. Según esta clasificación del Plan de cuentas, la carga que se realice en el SIGFE por proyecto, puede ser rendida en el informe correspondiente, sin problemas.*

Lo anterior se inserta en la siguiente modalidad de asignación de fondos para 2013:

- Del mismo modo que lo indica la ley, en SIGFE existe un ítem presupuestario llamado Habilidades para la Vida – Chile Solidario, por lo cual es necesario verificar que estos fondos estén bien asignados regionalmente con las contrapartes de gestión de recursos regionales.

- El 100% de los fondos traspasados por Ministerio de Desarrollo Social, serán utilizados en los 137 proyectos de continuidad del HpV-I.
- El compromiso, pago y rendición de estos fondos es prioritario. Por lo tanto, se solicita que las contrapartes de gestión de recursos regionales asegurar devengar primero y prioritariamente el total de los fondos destinados a este ítem del presupuesto regional.
- La distribución se realizará con una asignación específica de recursos por proyecto que es proporcional a la cobertura Chile Solidario 2012 al momento de la asignación nacional de presupuesto.
- Esta distribución se presenta por región (Tabla Nº 6) y el detalle por comuna (Tabla Nº7) del mencionado monto de presupuesto Chile Solidario a asignar por proyecto.

Se reitera que este monto ya está incluido en el marco presupuestario y sólo se presenta como insumo para el seguimiento de la ejecución presupuestaria de la coordinación regional del Departamento de Salud del Estudiante. Para efectos del ejecutor, se solicita dar a conocer, en las comunicaciones respectivas el aporte que les corresponde desde el Chile Solidario, como forma de reforzar y difundir la colaboración que desde este Sistema se entrega al Programa.

**Consideraciones generales de la asignación de presupuesto:**

Se solicita revisión regional del marco presupuestario regional de proyectos de continuidad, considerando envío de observaciones, correcciones o cambios al Departamento de Salud al 30 de Enero del año 2013, a fin de asegurar los pagos de las primeras cuotas en el mes de enero. El no envío de observaciones por parte de la región, dará como aprobado el marco definido nacionalmente.

El sistema de pagos se mantiene en tres cuotas y en las condiciones, en la proporción y fechas consignadas en los convenios. En caso de situaciones excepcionales en las que no se pueda dar cumplimiento a esta modalidad, esto debe ser aprobado previamente por la Dirección Nacional.

Las especificaciones y áreas de financiamiento de los proyectos, se encuentran descritos en los TDR y convenios respectivos. En ellos se explicita los gastos que están restringidos específicamente, ya sea por la normativa administrativo financiera (como son bienes de inversión), como por normativa de gestión del programa (como son gasto en personal administrativo).

Para otros insumos e ítems de financiamiento, corresponde sea evaluada la pertinencia del gasto en función de las actividades del programa. Para efectos de dar claridad en el manejo de revisión de rendiciones y gastos, se ha incorporado en los TDR y en el nuevo Manual de Procedimientos, en proceso de aprobación, especificaciones al respecto.

La orientación, para efectos de aprobar gastos de cada proyecto son las siguientes:

- Al momento de aprobar programaciones, los ítems o aspectos que consignent mayores necesidades de aclaraciones, sean solicitadas por el área responsable de la evaluación. Es importante detallar, especificar y fundamentar por el ejecutor el presupuesto presentado, en consistencia a la planificación de las actividades.
- Este Presupuesto debe quedar explícitamente aprobado desde el inicio de año desde la Coordinación Regional del Programa, acorde a los TDR apoyando así la fluidez de la evaluación y aprobación de rendiciones posteriores por el área de finanzas regional.
- Frente a cambios o modificaciones dentro del año, deberá procederse de igual manera, asegurando la consistencia de las modificaciones con el marco de presupuesto anual, los TDR y la planificación vigente para el proyecto.
- Se hace presente que el presupuesto aportado debe apoyar la entrega de los recursos insumos, materiales y alimentación, necesarios para el cumplimiento de los objetivos y actividades del proyecto.

**Sumario de Tablas de distribución de presupuesto 2013:**

- Tabla Nº1: Monto regional de continuidad para el 2013, Habilidades para la Vida – I.
- Tabla Nº2: Monto comunal de proyectos de continuidad para el 2013, Habilidades para la Vida– I.

- Tabla N°3: Monto regional de continuidad para el 2013, Habilidades para la Vida – II.
- Tabla N°4: Monto comunal de proyectos de continuidad para el 2013, Habilidades para la Vida– II.
- Tabla N°5: **Total requerimiento presupuestario continuidad 2013** (incluye HpV I continuidad y HpV II continuidad).
- Tabla N°6: Distribución por región de la asignación del presupuesto CHILE SOLIDARIO para asignación SIGFE (Presupuesto incorporado en 137 proyectos de continuidad HpV-I).
- Tabla N°7: Distribución por comuna de la asignación del presupuesto CHILE SOLIDARIO para asignación SIGFE.

**Tabla N°1.- Monto regional de continuidad para el 2013, Habilidades para la Vida – I.**

Región	Nº Proyectos	PPTO 2013. (2012 + 4ºAV * 1,025 + INC.NAT )
1	2	69.157.000
2	2	77.454.000
3	3	88.470.000
4	3	80.051.000
5	16	520.391.000
6	13	291.514.000
7	18	321.718.000
8	21	496.231.000
9	10	208.940.000
10	3	123.361.000
11	1	14.203.000
12	2	87.576.000
13	39	1.279.594.000
14	2	63.461.000
15	2	80.990.000
	<b>137</b>	<b>3.803.111.000</b>

**Tabla N° 2.- Monto comunal de proyectos de continuidad para el 2013, Habilidades para la Vida – I**

REG	COMUNA	AÑO INICIO	Componentes ppto 2013			PPTO 2013.	SITUACIÓN CONVENIO
			\$. 2012 (sin 4º )	\$ 4º AJUSTADO	INC. NATURAL 2013		
1	ALTO HOSPICIO	2002	32.477.953	7.674.232		<b>41.156.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
1	IQUIQUE	2002	27.317.995			<b>28.001.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
2	TOCOPILLA	2002	20.537.740	4.419.826		<b>25.582.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
2	ANTOFAGASTA	2007	50.606.796			<b>51.872.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
3	CHAÑARAL	2008	15.419.996			<b>15.806.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
3	COPIAPÓ	2009	33.628.395	7.225.000		<b>41.875.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2012 – 2014
3	VALLENAR	2004	24.264.653	5.773.298		<b>30.789.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
4	COQUIMBO	2010	23.099.160			<b>23.677.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
4	OVALLE	2004	24.097.180			<b>24.700.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
4	LA SERENA	2004	23.899.662	7.001.371		<b>31.674.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
5	CABILDO	2007	18.776.176			<b>19.246.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
5	LA CALERA	2004	39.240.826	8.756.768		<b>49.198.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL

REG	COMUNA	AÑO INICIO	Componentes ppto 2013			PPTO 2013.	SITUACIÓN CONVENIO
			\$. 2012 (sin 4º )	\$ 4º AJUSTADO	INC. NATURAL 2013		
							2013 - 2014
5	CATEMU	2007	8.257.152			<b>8.464.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
5	HIJUELAS	2008	9.076.265			<b>9.304.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
5	LA LIGUA	2004	36.651.245			<b>37.568.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
5	LIMACHE	2008	11.533.642			<b>11.822.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
5	OLMUÉ	2004	8.355.219			<b>8.565.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
5	PUTAENDO	2007	7.806.204			<b>8.002.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
5	QUILLOTA	2002	25.571.130	6.415.542		<b>32.787.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
5	QUILPUÉ	2004	49.913.358	7.956.337	3.000.000	<b>62.317.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
5	QUINTERO	2002	18.939.541	4.555.632		<b>24.083.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
5	SAN ANTONIO	2002	47.826.648			<b>49.023.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
5	SAN FELIPE	2007	31.212.053		2.400.000	<b>34.393.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
5	VALPARAÍSO	1999	55.273.921	9.791.257	2.100.000	<b>68.792.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
5	VILLA ALEMANA	2004	25.636.970	6.968.769		<b>33.421.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
5	VIÑA DEL MAR	1999	61.859.048			<b>63.406.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
6	CHÉPICA	2009	8.665.300	1.887.925		<b>10.818.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2012 - 2014
6	GRANEROS	2007	12.008.237			<b>12.309.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
6	MALLOA	2002	11.015.338			<b>11.291.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
6	MOSTAZAL	2007	11.941.293			<b>12.240.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
6	PLACILLA	2002	10.190.223			<b>10.445.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
6	QUINTA DE TILCOCO	2007	9.922.911		300.000	<b>10.471.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
6	RANCAGUA	2002	59.515.361	12.709.216		<b>74.031.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
6	RENGO	2002	26.073.644	6.313.985		<b>33.198.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
6	SAN FERNANDO	2002	34.235.307	7.457.034		<b>42.735.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
6	SAN VICENTE	2008	23.968.888		552.000	<b>25.121.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
6	SANTA CRUZ	2009	19.922.687	2.916.189	430.000	<b>23.840.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2012 - 2014
6	PICHIDEGUA	2010	13.404.401		232.800	<b>13.973.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
6	LOLOL	2010	10.771.898			<b>11.042.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
7	CAUQUENES	2002	18.651.676	4.933.926		<b>24.176.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014

REG	COMUNA	AÑO INICIO	Componentes ppto 2013			PPTO 2013.	SITUACIÓN CONVENIO
			\$. 2012 (sin 4º)	\$ 4º AJUSTADO	INC. NATURAL 2013		
7	COLBÚN	2008	12.023.911			<b>12.325.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
7	CONSTITUCIÓN	2004	22.906.047		372.000	<b>23.851.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
7	CURICÓ	2007	28.337.557			<b>29.046.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
7	LONGAVÍ	2004	33.713.964			<b>34.557.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
7	MAULE	2009	8.336.104	2.396.983		<b>11.002.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2012 - 2014
7	MOLINA	2008	16.419.324	4.003.061		<b>20.933.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
7	PARRAL	2008	11.410.458			<b>11.696.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
7	RETIRO	2007	11.770.690			<b>12.065.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
7	SAGRADA FAMILIA	2009	9.656.124	2.080.818		<b>12.031.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2012 - 2014
7	SAN CLEMENTE	2004	24.019.025		2.700.000	<b>27.320.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
7	SAN JAVIER	2008	11.356.262	2.718.333		<b>14.427.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
7	TALCA	2002	34.603.440			<b>35.469.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
7	VILLA ALEGRE	2007	10.585.683	2.763.622		<b>13.684.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
7	YERBAS BUENAS	2004	10.702.071	2.419.531		<b>13.450.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
7	LICANTÉN	2010	8.352.500			<b>8.562.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
7	CHANCO	2010	8.352.500			<b>8.562.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
7	PELLUHUE	2010	8.352.500	0	0	<b>8.562.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	ARAUCO	2007	18.579.009	0	0	<b>19.044.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	CAÑETE	2007	14.434.880	0	0	<b>14.796.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	CHILLÁN	2004	36.921.491	0	0	<b>37.845.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	CHILLÁN VIEJO	2009	9.557.316	2.085.822	0	<b>11.935.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2012 - 2014
8	COIHUECO	2007	12.576.664	0	0	<b>12.892.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	CONCEPCIÓN	2000	40.752.259	9.304.078	0	<b>51.308.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	CORONEL	2004	33.475.749	0	0	<b>34.313.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	FLORIDA	2002	10.200.251	0	300.000	<b>10.756.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	HUALPÉN	2002	23.425.043	4.723.622	0	<b>28.853.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	LEBU	2002	19.235.437	4.547.550	0	<b>24.378.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	LOS ÁNGELES	2004	22.298.231	5.267.935	0	<b>28.256.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	LOTA	2007	23.546.175	4.591.333	0	<b>28.841.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL

REG	COMUNA	AÑO INICIO	Componentes ppto 2013			PPTO 2013.	SITUACIÓN CONVENIO
			\$. 2012 (sin 4º )	\$ 4º AJUSTADO	INC. NATURAL 2013		
							2013 - 2014
8	MULCHÉN	2008	14.378.557	0	0	<b>14.739.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
8	PEMUCO	2002	9.612.537	0	0	<b>9.853.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	PENCO	2004	13.073.304	0	0	<b>13.401.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	SAN CARLOS	2002	15.991.100	0	0	<b>16.391.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	SAN PEDRO DE LA PAZ	2007	37.004.265	0	0	<b>37.930.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	TALCAHUANO	1999	49.328.444	11.061.508	0	<b>61.900.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	TOMÉ	2008	16.815.737	0	0	<b>17.237.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
8	TIRÚA	2010	12.682.950	0	0	<b>13.001.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
8	COBQUECURA	2010	8.352.500	0	0	<b>8.562.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
9	CARAHUE	2004	9.580.679	0	0	<b>9.821.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
9	GORBEA	2004	16.053.106	3.431.515	0	<b>19.972.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
9	LAUTARO	2004	10.886.845	2.636.850	0	<b>13.862.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
9	NUEVA IMPERIAL	2004	9.284.402	0	0	<b>9.517.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
9	TEMUCO	2006	62.627.383	0	3.600.000	<b>67.794.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
9	VICTORIA	2004	18.165.993	0	0	<b>18.621.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
9	VILLARRICA	2002	32.424.151	7.212.351	0	<b>40.628.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
9	SAAVEDRA	2010	8.611.171	0	0	<b>8.827.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
9	LONCOCHE	2010	9.216.468	0	0	<b>9.447.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
9	FREIRE	2010	10.195.797	0	0	<b>10.451.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
10	OSORNO	2004	40.652.846	8.312.631	0	<b>50.190.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
10	PUERTO MONTT	2002	50.585.617	9.278.976	0	<b>61.362.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
10	PURRANQUE	2008	11.520.091	0	0	<b>11.809.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
11	AYSÉN	2008	10.717.999	3.137.762	0	<b>14.203.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
12	NATALES	2008	19.936.084	0	0	<b>20.435.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
12	PUNTA ARENAS	1999	54.238.055	11.264.602	0	<b>67.141.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	BUIN	2008	28.790.374	0	0	<b>29.511.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
13	CERRILLOS	2008	12.708.809	0	0	<b>13.027.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
13	CERRO NAVIA	2002	48.753.483	0	0	<b>49.973.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014

REG	COMUNA	AÑO INICIO	Componentes ppto 2013			PPTO 2013.	SITUACIÓN CONVENIO
			\$. 2012 (sin 4º)	\$ 4º AJUSTADO	INC. NATURAL 2013		
13	COLINA	2009	21.627.468	4.953.983	0	<b>27.246.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2012 – 2014
13	CURACAVÍ	2004	13.160.425	0	0	<b>13.490.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	EL BOSQUE	2004	35.271.806	0	0	<b>36.154.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	ESTACIÓN CENTRAL	1998	40.118.316	0	0	<b>41.122.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	HUECHURABA	2007	16.254.122	0	0	<b>16.661.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	ISLA DE MAIPO	2008	13.206.087	0	0	<b>13.537.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
13	LA FLORIDA	2007	56.984.073	0	0	<b>58.409.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	LA FLORIDA 2	2009	32.896.973	3.156.584	1.380.002	<b>38.335.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2012 – 2014
13	LA PINTANA	2004	47.348.855	0	0	<b>48.533.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	LA REINA	1999	18.279.960	3.904.522	0	<b>22.740.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	LAMPA	2009	16.176.802	3.942.268	0	<b>20.623.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2012 – 2014
13	LO BARNECHEA	2007	11.334.595	0	0	<b>11.618.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	LO ESPEJO	2004	35.508.402	7.204.658	0	<b>43.781.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	LO PRADO	2002	38.212.274	0	0	<b>39.168.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	MACUL	2002	19.706.124	0	0	<b>20.199.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	MAIPÚ	2006	43.605.252	0	0	<b>44.696.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	MARÍA PINTO	2009	7.964.430	1.866.029	0	<b>10.077.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2012 – 2014
13	MELIPILLA	2002	29.246.715	6.944.339	0	<b>37.096.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	ÑUÑO A	1997	19.363.315	4.587.838	0	<b>24.550.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	PAINE	2007	14.566.496	0	0	<b>14.931.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	PEDRO AGUIRRE CERDA	2002	44.310.384	8.633.565	612.000	<b>54.880.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	PEÑAFLO R	2009	20.636.360	4.140.000	0	<b>25.396.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2012 – 2014
13	PEÑALOLÉN	2002	37.427.214	8.447.412	0	<b>47.022.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	PUDAHUEL	1995	81.987.981	16.527.099	0	<b>100.978.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	PUENTE ALTO	1999	84.120.183	0	0	<b>86.224.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	QUILICURA	2004	60.357.891	0	0	<b>61.867.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	QUINTA NORMAL	2009	19.126.821	4.515.663	0	<b>24.234.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2012 – 2014
13	RECOLETA	2002	35.771.632	7.861.341	0	<b>44.724.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	SAN BERNARDO	2007	32.512.622	0	0	<b>33.326.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL

REG	COMUNA	AÑO INICIO	Componentes ppto 2013			PPTO 2013.	SITUACIÓN CONVENIO
			\$. 2012 (sin 4º)	\$ 4º AJUSTADO	INC. NATURAL 2013		
							2013 - 2014
13	SAN PEDRO	2009	7.900.715	1.792.366	0	<b>9.936.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2012 – 2014
13	SAN RAMÓN	2004	36.671.188	0	0	<b>37.588.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	TALAGANTE	2001	20.615.761	5.036.687	504.000	<b>26.798.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	TILTIL	2008	11.070.473	0	0	<b>11.348.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
13	CONCHALÍ	2010	10.601.764	0	0	<b>10.867.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	LA GRANJA	2010	17.968.306	0	0	<b>18.418.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
13	EL MONTE	2010	10.254.300	0	0	<b>10.511.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
14	LA UNIÓN	2008	14.646.056	0	0	<b>15.013.000</b>	CONVENIO VIGENTE 2011 - 2013
14	VALDIVIA	2002	38.681.517	8.584.290	0	<b>48.448.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
15	ARICA	2002	34.378.075	8.132.226	0	<b>43.574.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
15	ARICA 2	2010	36.503.011	0	0	<b>37.416.000</b>	RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 - 2014
<b>137</b>			<b>3.366.030.248</b>	<b>326.226.060</b>	<b>18.482.802</b>	<b>3.803.111.000</b>	

Tabla N°3.- Monto regional de continuidad para el 2013, Habilidades para la vida – II.

REG	Nº PROYECTOS	PPTO. CONTINUIDAD * REAJUSTE (2,5%)
1	1	22.107.000
4	1	18.356.000
5	2	43.951.000
6	1	31.780.000
7	1	14.700.000
8	2	41.823.000
10	1	39.967.000
13	3	100.119.000
<b>PAIS</b>	<b>12</b>	<b>312.803.000</b>

Tabla N°4.- Monto comunal de proyectos de continuidad para el 2013, Habilidades para la vida – II.

REGIÓN	COMUNA	PPTO. 2013
1	ALTO HOSPICIO	22.107.000
4	LA SERENA	18.356.000
5	QUILPUÉ	25.426.000
5	VALPARAISO	18.525.000
6	SAN FERNANDO	31.780.000
7	YERBAS BUENAS	14.700.000
8	LOS ANGELES	16.386.000
8	LOTA	25.437.000
10	PUERTO MONTT	39.967.000
13	LO ESPEJO	40.415.000
13	PEÑALOLÉN	23.783.000
13	PUENTE ALTO	35.921.000
		<b>312.803.000</b>

Tabla N°5.- Total requerimiento presupuestario 2013 (incluye HPV I continuidad, y HPV II continuidad).

REG	TOTAL REQUERIMIENTO CONTINUIDAD PRESUPUESTO 2013
1	91.264.000
2	77.454.000
3	88.470.000
4	98.407.000
5	564.342.000
6	323.294.000
7	336.418.000
8	538.054.000
9	208.940.000
10	163.328.000
11	14.203.000
12	87.576.000
13	1.379.713.000
14	63.461.000
15	80.990.000
<b>TOT</b>	<b>4.115.914.000</b>

Tabla N°6.- Distribución por región de la asignación del presupuesto Chile Solidario – MDS para asignación SIGFE (presupuesto incorporado en 137 proyectos de continuidad HPV-I).

REG	COBERTURA 2012	% CHISOL	Ppto asignado 2013
1	1.017	2%	\$ 13.294.449
2	1.720	3%	\$ 22.484.220
3	2.264	3%	\$ 29.595.508
4	1.032	2%	\$ 13.490.532
5	8.230	12%	\$ 107.584.377
6	3.667	6%	\$ 47.935.834
7	5.942	9%	\$ 77.675.136
8	11.745	18%	\$ 153.533.233
9	3.532	5%	\$ 46.171.084
10	2.994	5%	\$ 39.138.229
11	352	1%	\$ 4.601.422
12	1.145	2%	\$ 14.967.693
13	19.485	29%	\$ 254.712.222
14	1.449	2%	\$ 18.941.648
15	1.515	2%	\$ 19.804.415
<b>TOTAL</b>	<b>66.089</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 863.930.000</b>

Tabla N°7.- Distribución por proyecto asignación presupuesto Chile Solidario para asignación SIGFE

REG	COMUNA	PPTO. CHISOL 2013
1	ALTO HOSPICIO	9.111.338
1	IQUIQUE	4.183.111
2	TOCOPILLA	9.477.361
2	ANTOFAGASTA	13.006.860
3	CHAÑARAL	2.823.600
3	COPIAPÓ	15.359.860

REG	COMUNA	PPTO. CHISOL 2013
7	PARRAL	3.268.056
7	RETIRO	3.411.850
7	SAGRADA FAMILIA	2.849.745
7	SAN CLEMENTE	6.431.533
7	SAN JAVIER	4.784.433
7	TALCA	9.830.311

REG	COMUNA	PPTO. CHISOL 2013
12	NATALES	3.790.945
12	PTA ARENAS	11.176.749
13	BUIN	5.568.767
13	CERRILLOS	1.947.761
13	CERRO NAVIA	18.131.171
13	COLINA	8.170.138
13	CURACAVÍ	4.575.278

3	VALLÉNAR	11.412.049
4	COQUIMBO	4.457.628
4	OVALLE	4.653.711
4	LA SERENA	4.379.194
5	CABILDO	2.732.030
5	LA CALERA	9.320.494
5	CATEMU	2.431.434
5	HIJUELAS	2.091.556
5	LA LIGUA	4.091.606
5	LIMACHE	2.980.467
5	OLMUÉ	2.614.445
5	PUTAENDO	1.856.256
5	QUILLOTA	8.157.066
5	QUILPUÉ	6.967.494
5	QUINTERO	5.790.994
5	SAN ANTONIO	14.784.682
5	SAN FELIPE	7.163.577
5	VALPARAÍSO	19.098.515
5	VILLA ALEMANA	4.170.039
5	VIÑA DEL MAR	13.333.666
6	CHÉPICA	2.457.578
6	GRANEROS	2.183.061
6	MALLOA	2.666.734
6	MOSTAZAL	2.797.456
6	PLACILLA	2.183.061
6	QUINTA DE TILCOCO	3.150.406
6	RANCAGUA	14.510.166
6	RENGO	4.130.822
6	SAN FERNANDO	4.013.172
6	SAN VICENTE	3.673.295
6	SANTA CRUZ	3.045.828
6	PICHIDEGUA	1.764.750
6	LOLOL	1.359.511
7	CAUQUENES	6.457.678
7	COLBÚN	5.268.105
7	CONSTITUCIÓN	4.104.678
7	CURICÓ	5.163.528
7	LONGAVÍ	4.692.928
7	MAULE	3.176.550
7	MOLINA	4.823.650

7	VILLA ALEGRE	4.653.711
7	YERBAS BUENAS	3.568.717
7	LICANTÉN	1.764.750
7	CHANCO	1.307.223
7	PELLUHUE	2.117.700
8	ARAUCO	6.209.305
8	CAÑETE	6.849.844
8	CHILLÁN	11.647.349
8	CHILLÁN VIEJO	2.444.506
8	COIHUECO	4.483.772
8	CONCEPCIÓN	11.412.049
8	CORONEL	10.863.016
8	FLORIDA	2.222.278
8	HUALPÉN	8.222.427
8	LEBU	7.621.105
8	LOS ÁNGELES	8.797.605
8	LOTA	11.006.810
8	MULCHÉN	3.228.839
8	PEMUCO	3.542.572
8	PENCO	6.300.811
8	SAN CARLOS	7.228.939
8	SAN PEDRO DE LA PAZ	15.346.788
8	TALCAHUANO	14.444.804
8	TOMÉ	5.725.633
8	TIRÚA	4.313.833
8	COBQUECURA	1.620.956
9	CARAHUE	2.640.589
9	GORBEA	3.673.295
9	LAUTARO	3.673.295
9	NUEVA IMPERIAL	3.137.333
9	TEMUCO	14.470.949
9	VICTORIA	3.516.428
9	VILLARRICA	6.326.955
9	SAAVEDRA	2.065.411
9	LONCOCHE	4.313.833
9	FREIRE	2.353.000
10	OSORNO	13.503.605
10	PUERTO MONTT	23.046.326
10	PURRANQUE	2.588.300
11	AYSÉN	4.601.422

13	EL BOSQUE	10.836.872
13	ESTACIÓN CENTRAL	8.431.583
13	HUECHURABA	3.738.656
13	ISLA DEMAIPO	2.457.578
13	LA FLORIDA	9.333.566
13	LA FLORIDA 2	6.418.461
13	LA PINTANA	12.418.610
13	LA REINA	1.764.750
13	LAMPA	5.843.283
13	LO BARNECHEA	849.695
13	LO ESPEJO	9.647.299
13	LO PRADO	4.287.689
13	MACUL	3.071.972
13	MAIPÚ	8.784.533
13	MARÍA PINTO	2.379.145
13	MELIPILLA	5.621.055
13	ÑUÑO A	2.405.289
13	PAINE	3.503.356
13	P AGUIRRE CERDA	7.908.694
13	PEÑAFLO R	6.170.089
13	PEÑALOLÉN	6.902.133
13	PUDAHUEL	17.137.682
13	PUENTE ALTO	16.654.010
13	QUILICURA	8.549.233
13	QUINTA NORMAL	4.784.433
13	RECOLETA	7.686.466
13	SAN BERNARDO	8.091.705
13	SAN PEDRO	1.359.511
13	SAN RAMÓN	11.385.905
13	TALAGANTE	4.771.361
13	TIL TIL	3.699.439
13	CONCHALÍ	2.392.217
13	LA GRANJA	4.745.217
13	EL MONTE	2.287.639
14	LA UNIÓN	7.045.928
14	VALDIVIA	11.895.721
15	ARICA	11.699.638
15	ARICA 2	8.104.777

## 2.5 PROGRAMACIÓN Y COBERTURAS 2013

Para el año 2013 se ha aprobado la continuidad de la intervención en las comunas, escuelas y cohortes actuales HPV I y HPV II, manteniendo la cohorte de 4º EB en proyectos con crecimiento 2012. Se ha proyectado con el presupuesto de continuidad disponible asegurar el financiamiento al incremento natural de las escuelas incorporadas el año 2011, que llegan al año 3 de intervención y que suben cohorte de 3º EB.

Es así, que la Cobertura del Programa para el año 2013 corresponde a todos los Alumnos matriculados en 1º y 2º Nivel de Transición de la educación parvularia, escolares del Primer y Segundo Ciclo Básico, sus padres y apoderados (estimados para efectos de la programación al 80% de la matrícula) y el equipo docente, de Establecimientos Educacionales incorporados, como continuidad del Programa. Además, hay 651 escuelas de 55 proyectos que el año 2012 incorporaron el 4º EB y el incremento natural de cohortes 2013 de 75 escuelas en año 3 (que incorporan el 3º EB) también constituyen parte de la cobertura programada 2013.

Hay situaciones especiales de cambios de escuelas durante el 2012, que implica establecimientos incorporados y que están en proceso de incrementos de cohorte, que debe ser considerado en la cobertura.

La especificación de cobertura participante Programada para el 2013, se establece para el HPV I y HPV II tras la recepción y consolidación de la Programación Local y Regional. Este dato de Programación, con los eventuales ajustes de establecimientos que se reflejen en los convenios respectivos, se establecerá y será informado nacionalmente durante el mes de abril del 2013.

#### **Cobertura proyectos y Escuelas continuidad programada 2013**

REG.	HPV I		HPV II		Total	
	Nº PROYECTOS /COMUNAS	Nº ESCUELAS	Nº PROYECTOS /COMUNAS	Nº ESCUELAS	Nº PROYECTOS /COMUNAS	Nº ESCUELAS
PAIS	137	1.697	12	96	149	1.697
1	2	22	1	6	3	22
2	2	25			2	25
3	3	27			3	27
4	3	47	1	6	4	47
5	16	277	2	19	18	277
6	13	129	1	11	14	129
7	18	170	1	8	19	170
8	21	264	2	14	23	264
9	10	118			10	118
10	3	45	1	12	4	45
11	1	8			1	8
12	2	31			2	31
13	39	484	3	20	42	484
14	2	20			2	20
15	2	30			2	30

#### **2.6. CAPACITACIÓN A TERCEROS Y COORDINADORES REGIONALES**

El área de capacitación del Programa Habilidades para la Vida, busca fortalecer a toda la cadena de involucrados en la implementación de sus acciones. Mediante jornadas de capacitación, encuentros regionales e interregionales y reuniones de habilitación técnica, JUNAEB apoya y fortalece las capacidades de quienes participan del Programa.

El principal foco que en los últimos años ha tenido el área de capacitación ha sido el fortalecimiento técnico de los profesionales de equipos ejecutores directos. Desde el año 2011, este trabajo ha sido enriquecido por la participación del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile mediante la realización de relatorías de contenidos de la Unidad de Promoción (2011) y el establecimiento de un sistema semi-presencial de capacitación para profesionales ejecutores de reciente incorporación en el Programa (2012).

Se fortalece y profundiza para el 2013, la necesidad de avanzar cualitativamente en la actualización de las metodologías de presentación de contenidos, que incorpore mecanismos de evaluación de aprendizaje, con monitoreo que contribuya a la formación en el tiempo de un sistema de capacitación continuo semi-presencial que certifique conocimientos y competencias pertinentes al Programa.

De distinto modo, se busca que en estas instancias de capacitación se implementen y amplíen los módulos de capacitación elaborados por parte del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile 2011-2012 y se profundice la modalidad de seguimiento a través de comunidades de aprendizaje, iniciada el 2012. Con este trabajo, principalmente se fortalecen las instancias de capacitación de Nuevos profesionales en equipos de continuidad en HpV I y, en un eventual futuro, potenciales nuevos proyectos HpV I, ya que es el Programa más consolidado y con mayor cantidad de estudios y evaluaciones que lo respaldan hasta el momento.

En el año 2013, recogiendo la experiencia acumulada y equilibrando los recursos disponibles, los focos de capacitación se orientan a:

1) **Capacitación a profesionales ejecutores y contrapartes locales de entidades ejecutoras**

- **Nuevos profesionales en HpV-I en equipos de continuidad.**

Esta instancia, coordinada y realizada por el equipo nacional del Programa, está orientada a fortalecer a los equipos locales que tienen nuevos profesionales, con título universitario y que no han recibido capacitación en los contenidos HpV.

Hasta 2012, el proceso de capacitación ha sido realizado por la Universidad de Chile como agente externo que además certifica a los profesionales que cumplen los requisitos académicos del proceso.

En 2013, el proceso se realizará una vez levantada la demanda de capacitación de profesionales por parte de los encargados regionales del Programa, por lo que es de responsabilidad regional detectar e informar a la Jefatura del Depto. de Salud hasta el 11 de marzo de 2013, los equipos y número de profesionales que requieren capacitación.

El objetivo de estas capacitaciones es que los participantes se habiliten en los aspectos técnicos y programáticos del modelo de intervención psicosocial HpV para el mejoramiento de su implementación.

Las modalidades de capacitación, fechas, duración, lugar y cupos disponibles para poner en marcha este proceso se informará una vez disponible el presupuesto nacional para la realización de capacitaciones a terceros.

- **Profesionales en HpV-II sobre análisis de resultados 2012.**

Esta instancia, coordinada y realizada por el equipo nacional del Programa, está orientada a fortalecer a los equipos locales que implementan el HpV-II. Como programa en proceso de consolidación, será de relevancia compartir con los ejecutores locales los aprendizajes del ciclo 2010-2012 y en particular los resultados del apoyo metodológico que se realizó en 2012.

En total se convocará a los 12 equipos locales ejecutores a una actividad en Santiago por 2 días. Se informará fechas, duración, lugar y cupos una vez disponible el presupuesto nacional para la realización de capacitaciones a terceros.

Incluye eventuales profesionales nuevos HPV II, que deben ser detectados e informados desde las Coordinaciones, al igual que para el HPV I, a la Jefatura del Depto. de Salud hasta el 11 de marzo de 2013, los equipos y número de profesionales que requieren capacitación.

2) **Encuentros regionales e interregionales**

Sus contenidos y objetivos, deben ser orientados por los desafíos 2013 y recoger la realidad e intereses regionales y locales. Privilegia, a través del intercambio de experiencias, la discusión y fortalecimiento de las distintas áreas del programa, tanto en aspectos técnicos como programáticos o administrativos.

Se espera para este 2013, profundizar en las líneas de trabajo, en contenidos y metodologías y contenidos que estas instancias aportan, en una propuesta de capacitación continua que proyectamos ir consolidando con profesionales y equipos más antiguos en el programa.

Los participantes son centralmente los integrantes de equipos comunales HpV y se espera incorporar espacios 2013 para las Contrapartes institucionales y Locales.

Debe considerarse a lo menos un encuentro en el año, según el momento en que se realice. Su énfasis podrá estar definido en la programación, evaluación del avance o evaluación final y proyecciones.

Es importante promover la participación activa de la Dirección Regional JUNAEB y del equipo de coordinación de salud responsable.

Es importante que se considere la incorporación de otros actores de la Red Regional y Local del Programa, del sector Salud, como Educación, en especial aquellos vinculados a las redes de Salud y Educación, así como de la Red de Protección Social del Chile Solidario.

La Coordinación Nacional en la medida de lo posible, participará de los encuentros para conocer y enriquecer su desarrollo. Además, apoya técnicamente en acuerdo con la región.

La asistencia, puede ser financiada a través de recursos del proyecto. Para otros gastos asociados, la Región debe planificarlos a través de otros fondos, que corresponden a la capacitación a terceros.

*Se hace especial énfasis a la necesidad de estar atentos a la modalidad y momento de asignación de fondos institucionales de Capacitación a Terceros, para asegurar contar con los Recursos que permitan la eficiente y oportuna ejecución de las acciones regionales que del programa se planifiquen.*

Esta actividad debe ser Incluida en plan de acompañamiento regional, coordinando fecha con nivel nacional HpV respectivo.

Para el 2013 se considera en el plan de acompañamiento regional las siguientes acciones de capacitación:

- Encuentros regionales: sugeridos para regiones con más de 3 proyectos Regionales: V, VI, VII, VIII, IX y RM.
- Encuentros interregionales: sugeridos para regiones con 3 proyectos Regionales o menos: NORTE (XV, I, II, III y IV) y SUR (XIV, X, XI y XII).
- Espacios con contrapartes institucionales del HpV en el nivel comunal.

Esta instancia de preparación y gestión compartida entre el nivel regional y local, tiene por objetivo desarrollar mayor colaboración y alineamiento inter-institucional con las entidades ejecutoras para el buen desarrollo de las instancias técnicas y administrativas asociadas con la implementación de los proyectos comunales.

La realización de proyectos de capacitación en esta línea, que convoquen a jefes de finanzas municipales, jefes DAEM-DAS, encargados técnicos de programas, con sus contrapartes de JUNAEB contribuye al logro del objetivo planteado.

Se motiva a las Regiones a planificar acciones en esta línea, en especial, focalizando acciones hacia territorios en el que haya cambios de autoridades y actores locales producto del periodo eleccionario municipal 2012.

### 3) Fortalecimiento de la función regional. (responsabilidad nacional)

Talleres de entrenamiento para equipos regionales JUNAEB, responsables del seguimiento y supervisión del HPV. Las dos instancias proyectadas son para Regiones con Encargados Regionales HpV, priorizando a aquellos con menos de 2 años en el cargo.

- Taller de habilitación técnica para la evaluación de programación regional.

Realización de taller de actualización para encargados regionales del Programa sobre el proceso de evaluación resultados y aplicación del proceso de programación 2013. Dirigido a encargados regionales de regiones de alto volumen de proyectos locales (V, VI, VII, VIII, IX y RM) y quienes por primera vez realizan programaciones. Fecha de realización: Marzo; de 1,5 días de duración, Dirección Nacional JUNAEB.

- Taller de habilitación técnica para la evaluación de avance regional.

Realización de taller de actualización para encargados regionales del Programa sobre el proceso de evaluación resultados y aplicación del proceso de Avance 2013. Dirigido a encargados regionales de regiones de alto volumen de proyectos locales (V, VI, VII, VIII, IX y RM) y quienes por primera vez realizan avances. Fecha de realización: Agosto 2012. De 1,5 días de duración, Dirección Nacional JUNAEB.

- Inducción a nuevos encargados regionales del Programa.

El equipo nacional apoya el proceso de inducción de nuevos profesionales JUNAEB a cargo de la gestión regional del Programa. Esta instancia se realiza en Santiago o en la región respectiva en caso que coincida con supervisiones nacionales.

## 2.7 CONTROL DE PROGRAMAS

En esta área, se proyecta el desarrollo y ampliación por quinto año consecutivo de la asesoría externa para el proceso de evaluación técnica de informes de gestión del programa.

El objetivo de este servicio es evaluar técnicamente Informes del Programa Habilidades para la Vida, utilizando el Manual desarrollado en períodos anteriores, que contiene los parámetros establecidos como parte del Modelo de Gestión y Supervisión JUNAEB, proceso en que participan activamente las Regiones.

La evaluación se hará, esperando abarcar una alta proporción (sobre el 80%) de los Informes de avance y finales del país. Además, para el 2013, se espera ampliar en una muestra de a lo menos el 20% de los proyectos, la evaluación externa de Programaciones, completando así el apoyo en cada uno de los hitos del Programa. Esto, dependiendo de la oportunidad y cantidad de recursos institucionales de control de programas que se asignen al DSE.

Con el objeto que este servicio esté disponible según fecha de entrega de los Informes de avance, se espera contratarlo durante los primeros meses del año 2013. Una vez concretado el procedimiento, será informado a las Direcciones Regionales la modalidad y cobertura a abarcar.

Además, en el ámbito de Control de Programas, se proyecta continuar y desarrollar la supervisión técnica directa, en otros ámbitos del Programa, apoyándose en la metodología desarrollada y aplicada durante el 2012 en el área de Talleres Preventivos. Se proyecta aplicar supervisión directa a las acciones del área de Detección y la aplicación de la normativa técnica en la implementación. Se espera abarcar a ambos Programas, con muestreo nacional, el que será oportunamente informado.

## **2.8 MARCO NORMATIVO PROGRAMA HPV**

- Ley de Presupuestos del año en curso y sus modificaciones.
- Ley Nº15.720 que crea una Corporación Autónoma con personalidad jurídica y derecho público y domicilio en Santiago, denominada Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
- Resolución Nº1.600/2008 de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención de trámite de toma de razón.
- Resolución Nº008/1986 ampliada por la resolución Nº064/1987 de JUNAEB que delega atribuciones que indica.
- Resolución 2012 que aprueba las orientaciones anuales del Departamento de Salud del Estudiante de JUNAEB Dirección Nacional.
- Resolución(es) Exenta(s) Nacional(es) que aprueba Términos de Referencia Técnicos y Administrativos del Programa Habilidades para la Vida I – proyectos de continuidad vigentes en el año en curso:
  - CONVENIO VIGENTE 2012 – 2014: Res Ex. Nº 0234 del 12/01/2012
  - CONVENIO VIGENTE 2011 – 2013: Res Ex. Nº 1553 del 10/03/2011
  - RENOV. CONVENIO BIENAL 2013 – 2014 (Res Ex. en proceso de aprobación, dato se enviará en Circular complementaria posterior).
- Resolución Exenta Nacional que aprueba Términos de Referencia Técnicos y Administrativos del Programa Habilidades para la Vida II – proyectos de continuidad vigentes en el año en curso.
  - CONVENIO VIGENTE 2011 – 2013: Res Ex. Nº 1656 del 17/03/2011

## **2.9 RECURSOS HUMANOS – ENCARGADOS REGIONALES Y NACIONALES DEL PROGRAMA**

Se incorpora:

- o Listado de profesionales de la Dirección nacional a cargo de cada región, según distribución dotación actual de Equipo Nacional. La modalidad de trabajo y retroalimentación fue entregada en párrafos precedentes.
- o Listado de contraparte regional del Programa por región, según estado final 2012. Se espera que, como parte del plan de acompañamiento regional, esto sea actualizado o ratificado, con la fundamentación de la distribución de funciones y tareas a realizar según plan anual en orientaciones y plazos ya entregados:

REGIÓN	ENCARGADO (A) PROGRAMA HPV, DSE - DIRECCIÓN NACIONAL	ENCARGADA (O) REGIONAL PROGRAMA HPV, URSE – DIRECCIÓN REGIONAL
Arica y Parinacota	Ana M. Squicciarini N.	Stephanie Vega T.
Tarapacá	Ana M. Squicciarini N.	Gabriela Rojas L.
Antofagasta	Ana M. Squicciarini N.	Rosanna Castro O.
Atacama	Ariela Simonsohn W.	Paulina Pérez G.
Coquimbo	Ariela Simonsohn W.	Elizabeth Bergel C. - Johanna Ossandón M. - Doménica Honores A.
Valparaíso	Ariela Simonsohn W.	Carolina Zárate Q.
Metropolitana	Javier Guzmán P.	Katty Bustos Z. - Angela Báez C. - Lilian Fuentes C.
Del Libertador Bernardo O'Higgins	Ana M. Squicciarini N.	Dayana Argomedo S.
Maule	Ana M. Squicciarini N.	Paulina Mendoza N. Francisca Arenas M.
Biobío	Javier Guzmán P.	Carola Castro N.
La Araucanía	Ariela Simonsohn W.	Jorge Cerpa R.
Los Ríos	Javier Guzmán P.	Ana Cofré C.
Los Lagos	Javier Guzmán P.	Mitzi Alvarez C.
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	Ariela Simonsohn W.	Víctor Riquelme V.
Magallanes y la Antártica Chilena	Javier Guzmán P.	Sara Miranda T.

## ÁREA DE SALUD ORAL

### 1. INTRODUCCIÓN

El énfasis del Programa de Salud Oral sigue siendo la intervención temprana en salud bucal para así lograr prevenir la aparición del daño o disminuir el avance de éste, mediante la implementación del Modelo de Atención Integral que contempla acciones curativas, promocionales y preventivas, ingresando alumnos desde el nivel Pre-básico (Pre- Kínder y Kínder), y controlándolos a medida que avanzan en su nivel educacional hasta 8º Básico.

El año 2012 y bajo lo estipulado en la Ley de Presupuesto 2012, se emitió el Decreto nº 0209 (22/05/12, tomado de razón por la Contraloría General de la República el 14/08/12), el que marca cambios relevantes en la regulación de la transferencia de recursos del Programa de Salud Oral, cuyos detalles se describen más adelante en estas Orientaciones.

Este Decreto implica modificaciones en los Convenios de Colaboración que se deben firmar con las entidades prestadoras (Municipalidades, Corporaciones Municipales, Servicios de Salud u otras entidades privadas) o, lo que implicará poner término anticipado de los que permanecen vigentes para el año 2013. Así, se deberá trabajar en la firma de este nuevo formato de convenios durante los meses Enero y Febrero del año 2013, teniendo como plazo máximo para la respectiva Resolución Regional el día 28 de Marzo.

La Ley de Presupuesto 2013 en la glosa 03 (Salud Oral) alude a la forma, montos y condiciones establecidas en el Decreto N° 209 del año 2012 del Ministerio de Educación y sus modificaciones, por lo que se enfatiza que las nuevas directrices emanadas de éste último documento tendrán vigencia hasta que modificaciones oficiales sean comunicadas o bien emane un nuevo Decreto.

Del mismo modo, durante el 2012 se implementó el Sistema Informático de Salud Oral a contar del mes de Junio en adelante y como un período de marcha blanca, con el objetivo de optimizar su desarrollo bajo la retroalimentación de los equipos de trabajo de los Módulos Dentales. Es así como desde Septiembre, se incluyó el Odontograma y se evaluó la necesidad del sistema carga remota en aquellos Módulos Dentales con conexión inestable o sin acceso a Internet. Considerando que este Sistema constituye para el Programa la herramienta de registro e información, se requiere la implementación definitiva que permita que el Sistema Informativo esté operativo a partir de Enero de 2013, en todos los Módulos del país de acuerdo a la modalidad que corresponda, esto es, conexión a banda ancha o carga remota.

Otro hito del año 2012 lo constituyó el Manual Educativo del Programa de Salud Oral, "Educando Sonrisas Saludables", el que fue distribuido a todo el país (en formato CD) y cuya implementación a partir del año 2013, se verá reforzada por las Capacitaciones en Metodologías Educativas realizadas para los Encargados Regionales de Salud Oral y para las Educadoras de los Módulos Dentales del país. En este contexto, también se destaca la participación activa de JUNAEB (Nacional y Regional) en las Mesas de trabajo intersectoriales de Salud Bucal, donde el modelo educativo y preventivo de nuestro Programa aportará en el cumplimiento de las metas de los Objetivos Sanitarios 2011-2020.

### 2. ANTECEDENTES GENERALES DEL PSO

#### 2.1. DEFINICIÓN DEL PROGRAMA. OBJETIVOS

El Programa de Salud Oral desarrolla acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal a estudiantes desde Pre-Kínder a 8º Básico.

Se desarrolla mediante 2 componentes:

#### I. Modelo de Atención Integral.

El Programa de Salud Oral de JUNAEB, dentro de su Modelo de Atención, desarrolla acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal, otorgando atenciones en los Módulos Dentales correspondientes a Ingresos y Controles.

Los Ingresos corresponden a acciones destinadas a la recuperación del daño buco –dentario acumulado, como consecuencia de Caries y Gingivitis, en la población escolar que ingresa al Pre- Kínder, Kínder y/o Primero Básico, a los Módulos Dentales.

Los Controles, consisten en atenciones sucesivas y sistemáticas, que se inician desde Kínder (cuando el alumno ha recibido su ingreso en Pre-Kínder), y luego, en 1º, 3º, 5º, 7º y 8º Básico.

La atención se realiza en Módulos Dentales, fijos y móviles, ubicados en distintas comunas del país, en los cuales se proporciona atención odontológica integral a los alumnos de Pre-kínder a 8º Básico matriculados en establecimientos educacionales municipales y particulares subvencionados adscritos al Módulo pertenecientes a comunas con alto daño oral, alto nivel de pobreza (número de alumnos pertenecientes al sistema Chile Solidario) y que cuenten con elevado Índice de Vulnerabilidad Escolar.

El Modelo de Atención se desarrolla a través de 3 líneas de acción:

**I.1. Asistencial – Atención odontológica:** Acciones clínicas de Operatoria Dental (obturaciones), Endodoncia (recubrimiento pulpar y pulpotomías), Cirugía Bucal (exodoncias).

**I.2. Área Promocional – Preventiva Clínica:** medidas preventivas necesarias para evitar daño oral futuro, aplicación de sellantes, aplicación tópica de Flúor Barniz, profilaxis y control de la Placa Bacteriana (denominado científicamente Biofilm) a través de la enseñanza de técnica de cepillado.

**I.3. Promocional – Educativa:** actividades educativas promocionales que consisten en la realización de un Programa Educativo en Salud Oral que desarrolla temáticas inherentes a anatomía bucal, enfermedades que afectan la boca, hábitos relacionados con la salud bucal, traumatismos dentales, alimentación saludable y la higiene bucal.

El Modelo considera también atenciones dentales de Urgencia para los alumnos de establecimientos adscritos a Módulos Dentales, y dependiendo de la factibilidad técnica, la realización de Radiografías Dentales en su modalidad Bite Wing y Periapical.

### **Trabajo multidisciplinario**

El Programa de Salud Oral de JUNAEB propone un trabajo con diversos interventores en la Educación en Salud de los alumnos. Es así como dentro del concepto de promoción de la Salud Bucal el Programa exige la participación tanto de los Educadores y Profesores de los establecimientos adscritos al Módulo Dental, como también de los padres y apoderados. Esta metodología busca acercar a los adultos significantes en el desarrollo del alumno, al conocimiento en Salud Bucal y buscar la instalación de hábitos saludables que sean reforzados continuamente en el aula y en el hogar.

Todas las actividades de Promoción se encuentran desarrolladas a cabalidad en el nuevo Manual Educativo “Educando Sonrisas Saludables” del Programa de Salud Oral JUNAEB, por lo que se espera que sea un elemento de referencia importante en el desarrollo de este trabajo y de todas iniciativas promocionales que pudieran surgir a nivel local.

Se requiere, por tanto, la máxima motivación para que las Educadoras de los Módulos Dentales realicen sus actividades en base a los contenidos del Manual “Educando Sonrisas Saludables” y todo el registro, monitoreo y supervisión se realice en base a éste.

En el contexto del trabajo conjunto desarrollado en las Mesas intersectoriales regionales de Salud Bucal, el objetivo es que nuestro Manual sea utilizado en el Modelo Educativo a implementar por el GES Preventivo en las escuelas adscritas a los Módulos Dentales JUNAEB.

El Modelo de Atención Integral del Programa de Salud Oral JUNAEB se implementa según lo descrito en el Decreto N°209, a través de convenios de colaboración con Municipios, Corporaciones Municipales, Servicios de Salud y otras entidades privadas que se adscriben a éste, los que cofinancian su operación. La entidad prestadora contrata a los Odontólogos para las atenciones dentales, Asistentes Dentales o Técnico Paramédico del área odontológica o Higienista Dental y profesionales para la labor educativa en el Módulo en número conforme a la normativa legal vigente, y de acuerdo a las características técnicas especificadas en el artículo 12º del decreto N° 209. JUNAEB paga a las entidades prestadoras las atenciones efectivamente realizadas a los estudiantes.

## II. Preventivo (leche fluorurada).

El Programa de Salud Oral también desarrolla el Programa de Alimentación Fluorurada -PAE Fluorurada- el cual tiene como objetivo la prevención de caries en los alumnos pertenecientes a establecimientos educacionales rurales sin acceso a agua potable fluorurada de 1º a 8º Básico, a través de la incorporación de flúor en la leche entregada diariamente en los desayunos del Programa de Alimentación Escolar (PAE).

Este Programa se desarrolla a través de un trabajo conjunto y coordinado con el Ministerio de Salud (MINSAL) y JUNAEB, tanto a nivel nacional como regional. Esto, debido a que el agua potable fluorurada (aplicable en zonas urbanas y semi-urbanas) y el PAE Fluorurada (aplicable en zonas rurales) no se deben superponer, por el contrario, deben ser complementarios, de manera de lograr igualdad de condiciones en la población.

El Programa se desarrolla en establecimientos educacionales rurales sin acceso a agua potable fluorurada de las regiones de Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins, Maule, Biobío, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes. Los establecimientos educacionales rurales fueron previamente seleccionados y cada Dirección Regional cuenta con la base de datos correspondiente de las comunas y escuelas a las cuales se debe entregar este Programa.

Debido a que es un programa destinado a la prevención de caries dentales de todos los alumnos pertenecientes a los establecimientos educacionales rurales de las comunas ya informadas a cada una de las regiones, la asignación de desayunos corresponde al 100% de la matrícula de escolares de 1º a 8º Básico.

El control y monitoreo del Programa, están establecidos dentro la Norma de Uso de Fluoruros en la Prevención Odontológica del MINSAL (Capítulo III, Fluoruración de la Leche), y se realiza gracias a un convenio entre la Fundación Borrow (Reino Unido), el INTA de la Universidad de Chile y JUNAEB, de manera de mantener una supervisión constante de las dosis de suplementación y de la dosis efectiva en la leche entregada.

### 2.2 FOCALIZACIÓN DE BENEFICIARIOS

Considerando que el año 2013 el Programa no contará con recursos para incorporar nuevas comunas, se describe la población beneficiaria focalizada para la entrega de las atenciones, de acuerdo a lo establecido en el Decreto N° 0209 y en la Resolución Exenta N° 3142 de fecha 12/09/2012:

- Se entenderá que son beneficiarios aquellos alumnos de Pre Kínder a 8º Básico, matriculados en Escuelas del sector municipal y particulares subvencionadas, adscritas al Módulo Dental correspondiente y que, además, reúnan las condiciones de vulnerabilidad mencionadas anteriormente.
- La atención prioritaria y preferencial será a aquellos alumnos beneficiarios cuyo sistema de salud corresponde al Fondo Nacional de Salud (FONASA), a aquellos alumnos pertenecientes al Sistema Chile Solidario y a los alumnos inscritos en el sistema de salud privado (ISAPRE) que estén matriculados en los establecimientos adscritos a los módulos dentales.
- En el caso de los alumnos extranjeros que cumplan con los requisitos de focalización de beneficiarios descritos anteriormente, estos serán atendidos según el sistema de salud al cual se encuentren afiliados. Aquellos que no cuenten con sistema previsional de salud, deberán ser atendidos por el Sistema Público de Salud.
- En el caso de los alumnos que son beneficiarios del Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS), la ley nº 19.123 establece que los beneficios médicos serán compatibles con aquellos a que tengan derecho como afiliados o beneficiarios del Fondo Nacional de Salud. Por lo tanto, si cumplen con los otros criterios de focalización de beneficiarios del Programa, tendrán derecho a recibir las atenciones en los Módulos Dentales JUNAEB.

Quedarán excluidos de la atención odontológica entregada en el Módulo Dental, aquellos alumnos que, aun cumpliendo estos requisitos, están cubiertos por la Garantía GES o AUGE de "Salud Oral Integral para niños de 6 años" del Ministerio de Salud. Esta garantía cubre a los alumnos cuyas edades están comprendidas entre los 6 años y los 6 años 11 meses 29 días, independientemente del nivel educacional que estén cursando. De este modo, no se podrán ingresar ni dar de alta clínica a estos alumnos durante todo el período que cubre esta garantía, y deberán ser derivados a sus respectivos establecimientos de salud de la Red MINSAL.

Aquellos alumnos que habiéndose integrado recientemente a un establecimiento adscrito al Módulo Dental, que cursan 2°, 3°, 5°, 7° y 8° Básico, y que no tuvieron la oportunidad de ingresar al modelo de atención en Pre- Kínder, Kínder ni 1° Básico, podrán integrarse al Programa en la modalidad de INGRESO, una vez que Módulo Dental ya tenga cubierta toda la población de Pre- Kínder, Kínder y 1° Básico programada inicialmente, previa confirmación de disponibilidad de recursos presupuestarios para estos efectos.

### 2.3 ASPECTOS CLAVES A DESTACAR DURANTE EL AÑO 2013

Los aspectos claves a destacar para el año 2013 en el Programa de Salud Oral son:

2.3.1. DECRETO N°209 que REGULA LA EJECUCIÓN DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA SALUD ORAL DE LA PARTIDA 09, CAPÍTULO 09, PROGRAMA 02, SUBTÍTULO 24, ÍTEM 03, ASIGNACIÓN 167, GLOSA N° 03, DE LA LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO DEL AÑO 2012.

Este nuevo marco regulatorio para el Programa de Salud Oral JUNAEB, entrega las directrices para el correcto desarrollo de éste. Frente a ello es importante destacar las siguientes indicaciones que surgen desde el documento mencionado:

- Se podrá traspasar recursos del Programa de Salud Oral a entidades públicas y privadas con las que JUNAEB podrá suscribir convenios, según la forma, montos y condiciones que establece dicho decreto.
- Integración de los alumnos inscritos en el sistema de salud privado (ISAPRE), que pertenezcan a establecimientos educacionales adscritos a Módulos Dentales.
- Imposibilidad de entregar atención a los niños de 6 años con Garantía Odontológica GES.
- Reajuste de valores de las prestaciones según variación que experimente el índice de precios al consumidor (IPC), al cumplirse cada año de ejecución del convenio que se suscriba con la entidad que prestará la atención respectiva.
- Sanciones aplicables a las entidades prestadoras según lo establecido en el decreto y la facultad de poner término anticipado al convenio, en el caso de verificarse el incumplimiento de algunas de las obligaciones asumidas por la entidad.
- Obligación de JUNAEB de informar a las entidades respectivas sobre las especificaciones técnicas y características que deben tener los artículos dentales e insumos considerados necesarios para la ejecución del componente preventivo ya que corresponderá a dichas entidades la compra de estos artículos. En los respectivos convenios se establecerá el procedimiento para la transferencia de los recursos necesarios y la forma de rendición de estos.
- Obligación de las entidades prestadoras para la contratación de personal en un número conforme a la normativa legal vigente.
- Obligación de las entidades prestadoras de informar por escrito a JUNAEB, las razones que justifiquen la menor ejecución, en el evento que el porcentaje de cumplimiento de las prestaciones hasta agosto de cada año sea inferior al 50% de la cobertura programada. En tal caso deberá, además, informar el plan de contingencia que establecerá para lograr revertir este resultado y lograr el cumplimiento de las coberturas establecidas a diciembre del mismo año.
- Condiciones de Incumplimiento grave por parte de las Entidades prestadoras:
  - Se especifica que se considerará incumplimiento grave al detectarse el no cumplimiento de las obligaciones especificadas en el Convenio firmado en dos oportunidades en el transcurso del año calendario.
  - Se especifica que cualquier información relacionada con la atención de un beneficiario, deberá ser anotada en los registros estadísticos destinados para dichos efectos; la falta de información dejará en evidencia el incumplimiento de la atención que debiendo haber sido entregada no haya sido registrada.

El incumplimiento grave faculta a JUNAEB poner término anticipado al convenio existente.

### 2.3.2. CONVENIOS

Desde el año 2013 los convenios a firmar con cada Entidad prestadora, ya sean Municipalidades, Corporaciones Municipales, Servicios de Salud u otros, tendrán una duración máxima de un año, y podrá renovarse por períodos iguales de 1 (un) año, previa evaluación del cumplimiento de todas las cláusulas establecidas en el convenio y habida consideración que la Ley de Presupuesto del año respectivo le encomiende a JUNAEB la ejecución del Programa y que JUNAEB cuente con los recursos presupuestarios suficientes, lo cual nos desafía a un trabajo local constante, que previene las situaciones de conflicto y que se presenta como una oportunidad de mejora permanente en la relación Ejecutor-JUNAEB.

Desde la Dirección Nacional se enviaron en el mes de Octubre (Circular nº 70, 31/10/12), dos formatos de convenios: uno para entidades públicas (Municipalidades y Servicios de Salud), y otro para entidades privadas (Corporaciones Municipales y otros) elaborados en base a las disposiciones del Decreto N° 209 del 22 de Mayo 2012, revisados y aprobados por la Unidad de Asesoría Jurídica por lo que, tal como se informa en la Circular, no pueden ser modificados en su forma y contenidos. Del mismo modo, y considerando que los Convenios vigentes hasta el año 2013 deberán ser modificados en base a estos nuevos lineamientos, en el mes de Diciembre del 2012 se envió el formato de Resolución Exenta que aprueba el término anticipado de convenio, para su gestión y tramitación durante dicho mes en una fecha posterior al cambio de autoridades comunales.

En cada convenio deberá quedar consignado el monto total de éste, considerándose que todos aquellos convenios cuyo monto total sea mayor a 5000 UTM, deberán ir a toma de razón por la Contraloría General de la República. Para estos efectos, se envió a través de la Circular nº 71 (31/10/12) el formato de Resolución Exenta para el procedimiento de refrendación presupuestaria en las Direcciones Regionales.

### 2.3.3. ARTÍCULOS DENTALES

Este año, marca también un cambio en la entrega de los artículos dentales necesarios para el componente educativo y preventivo del Programa ya que, como se mencionó anteriormente, deberán ser adquiridos por la Entidad prestadora. De esta manera y según quedará estipulado en cada uno de los Convenios firmados, JUNAEB entregará un monto definido y único para la compra de estos artículos por parte de la Entidad prestadora, quedando en manos de JUNAEB establecer las instancias de supervisión en la calidad y oportunidad de entrega de estos insumos. Una de estas oportunidades de supervisión las constituirán las Visitas a Módulos Dentales, cuya Pauta fue recientemente reformulada, de manera que se puntualizan las áreas de control sobre éste y otros ámbitos.

### 2.3.4. SISTEMA INFORMÁTICO

Desde este año, y gracias al trabajo conjunto de los equipos ejecutores locales, los Encargados Regionales del Programa y el Departamento de Informática de la Dirección Nacional, se podrá dar inicio al trabajo en línea con el Sistema Informático del Programa de Salud Oral. Es necesario que comprometamos a todo el equipo que trabaja en el Módulo Dental a conocer y aprender la utilización de este sistema que, como se mencionó al comienzo, debe estar plenamente operativo desde enero de 2013, en todos los Módulos del país, de acuerdo a la modalidad que su localización geográfica le permita.

Sabemos que toda nueva herramienta requiere de tiempo para su óptima aceptación e integración, pero en virtud de la necesidad urgente de sistematizar nuestros registros, consolidar nuestras bases de datos y obtener Indicadores de objetivo nacional, este sistema debe implementarse y utilizarse en todos los Módulos Dentales del país, ya sea en su modalidad "En línea" o mediante "Carga Remota".

Para facilitar dichos procesos, durante el año 2012 se distribuyeron en todas las Direcciones Regionales el Manual Sistema Informático Salud Bucal 2012 y el Manual de Usuario Regional para Encargados del Programa de Salud Oral 2012. Éste último deberá contar a nivel regional con el catastro de Usuario y Claves de acceso al sistema, de manera que se puedan actualizar datos del equipo y de las entidades prestadoras.

Así mismo, será necesario que cada Encargado de Programa de Salud Oral monitoree el uso del Sistema Informático por parte del equipo de los Módulos Dentales, impulsando constantemente su utilización como el medio oficial de registro para el Programa. Es primordial que los Encargados del Programa a nivel regional realicen las gestiones necesarias con cada uno de los Módulos Dentales para asegurar que todos estén utilizando el Sistema Informático.

De presentarse dificultades en la utilización del Sistema Informático, o bien inconsistencias en los registros que se reportan, éstas deberán ser informadas a la brevedad a los profesionales del Programa de Salud Oral en la Dirección Nacional y al Departamento de Informática, de la misma dependencia, de manera que se optimice su regularización y se evite el almacenamiento de información errónea.

### 2.3.5. MANUAL EDUCATIVO “EDUCANDO SONRISAS SALUDABLES”

Este nuevo Manual Educativo integra todas las actividades educativas y promocionales a realizar con el alumno, con la comunidad educativa y con los padres en el hogar.

Este texto fue trabajado de manera tal que correlaciona los conceptos en Salud Bucal con las Bases Curriculares de Educación Parvularia (BCEP) y con los Objetivos Fundamentales Anuales del Programa de Educación Básica según cada nivel escolar, por lo que constituye una herramienta que es posible de integrar en el currículum que se trabaja en el aula de manera didáctica.

De esta manera, se facilita y organiza la entrega de los contenidos del Programa definidos en los distintos niveles de atención:

- Nivel 1: Nivel de Transición I y II- Pre-Kínder y Kínder
- Nivel 2: NB1 - 1° y 2° Básico
- Nivel 3: NB2 - 3° y 4° Básico
- Nivel 4: NB3 y NB4 - 5° y 6° Básico
- Nivel 5: NB5 y NB6 - 7° y 8° Básico

El programa educativo fue diseñado de tal manera de resguardar la entrega de los contenidos durante las sesiones educativas. De esta manera, para obtener el alta, los alumnos de INGRESO tendrán como requisito haber tratado como mínimo 4 de estos contenidos y los alumnos de CONTROL sanos al menos 2 contenidos. Dependiendo de la realidad de cada Módulo, queda abierta la posibilidad de desarrollar más sesiones educativas, teniendo siempre en consideración que en una misma sesión educativa se pueden tratar, como máximo, 2 contenidos educativos.

No obstante, ya definida la cantidad mínima de sesiones educativas en esos casos puntuales, también se han definido Contenidos Educativos Obligatorios por Nivel, que son necesarios de manejar para la programación de las sesiones educativas y para el Sistema informático, pues éste se encuentra programado de manera tal que no se podrán dar altas clínicas si no se ingresa la información respecto de estos contenidos obligatorios.

En los siguientes cuadros se destacan los Contenidos Obligatorios por Nivel en **negrita y cursiva**:

Nº SESIÓN	DESCRIPCIÓN	CURSOS
-----------	-------------	--------

#### NIVEL 1

1	<b><i>Conociendo el módulo dental</i></b>	PK- K
2	<b><i>Conociendo mi boca y mi amigo el cepillo</i></b>	PK- K
3	<b><i>Como se enferman mis dientes</i></b>	PK- K
4	Yo cuido mi boca y me alimento saludablemente	PK- K
5	Yo evito malos hábitos y traumatismos	PK- K

#### NIVEL 2

1	<b><i>Conociendo el módulo dental</i></b>	1º- 2º
2	<b><i>Conociendo la cavidad bucal y técnica de cepillado</i></b>	1º- 2º
3	<b><i>Enfermedades de la cavidad bucal</i></b>	1º- 2º
4	Higiene bucal y alimentación saludable	1º- 2º
5	Malos hábitos y traumatismos	1º- 2º

#### NIVEL 3

1	<b><i>Anatomía de la cavidad bucal</i></b>	3º- 4º
2	<b><i>Enfermedades de la cavidad bucal, higiene bucal y alimentación saludable</i></b>	3º- 4º
3	Acciones preventivas de caries y técnica de cepillado dental	3º- 4º
4	Accidentes que afectan nuestros dientes	3º- 4º
5	Hábitos que afectan nuestros dientes	3º- 4º

#### NIVEL 4

1	<b>Anatomía de la cavidad bucal e higiene bucal</b>	5º- 6º
2	<b>Enfermedades de la cavidad bucal e higiene bucal</b>	5º- 6º
3	Acciones preventivas de caries y técnica de cepillado dental	5º- 6º
4	Accidentes que afectan nuestros dientes e higiene bucal	5º- 6º
5	Hábitos que afectan nuestros dientes e higiene bucal	5º- 6º

#### NIVEL 5

1	<b>Anatomía de la cavidad bucal e higiene bucal</b>	7º- 8º
2	<b>Yo soy responsable de mi salud bucal</b>	7º- 8º
3	De que se enferma mi boca	7º- 8º
4	Besos que contagian	7º- 8º
5	Cómo enfrentar un traumatismo dental	7º- 8º

(Consultar: "Educando Sonrisas Saludables", Manual Educativo Programa Salud Oral JUNAEB, 2012)

Durante el año 2012 se realizaron Capacitaciones del Manual Educativo de Salud Oral específicamente en Metodologías Educativas, tanto a nivel nacional como a nivel regional, dictadas por Universidades o Institutos y dirigidas a los Encargados Regionales de Salud Oral y a las Educadoras de los Módulos Dentales. De esta forma, los equipos regionales cuentan con las herramientas para potenciar el uso y aplicación de nuestro Manual en los espacios locales y en el contexto del trabajo promocional comunitario.

En relación a las actividades promocionales, el equipo de cada Módulo Dental - liderado por el Educador o Encargado (a) de Promoción en Salud Oral - deberá trabajar en conjunto para la realización de las siguientes actividades:

- Establecer en conjunto con el Jefe del Módulo Dental una cobertura estimada de al menos 50% de los padres y apoderados de los escolares que han sido, son o serán atendidos en los Módulos Dentales.
- Utilizar el Manual Educativo "Educando Sonrisas Saludables" como guía de todas las actividades promocionales en salud bucal.
- Participar en la reunión inicial del año escolar para dar a conocer el Programa de Salud Oral y los objetivos de la participación de padres, apoderados y profesores en las actividades de promoción y educación en salud bucal.
- Capacitar profesores jefes y/o padres voluntarios en actividades de promoción y educación en salud bucal, así como en la técnica de cepillado.

#### 2.3.6. PLANILLA CORRECTORA

En noviembre de 2012 se compartió en videoconferencia y, además, se envió mediante Circular (N°75 de fecha 30/11/12), el formato e instructivo de la herramienta denominada Planilla Correctora elaborada por el Encargado del PSO en la Dirección Regional Metropolitana e implementada en los Módulos Dentales instalados en dicha región.

Esta Planilla permite acreditar que todos los estudiantes atendidos en los Módulos Dentales cumplen con los requisitos para ser considerados beneficiarios del Programa de Salud Oral de JUNAEB, por lo tanto, constituye un procedimiento de apoyo a las actividades de control previos a la atención y posterior validación de los pagos correspondientes a las atenciones otorgadas en los Módulos Dentales.

Tal cual se menciona en la referida Circular N° 75 de fecha 30 de noviembre de 2012 "Envía formato e Instructivo planilla correctora para el programa de Salud Oral", su implementación está sujeta al análisis de aplicabilidad en cada una de las Direcciones Regionales y su difusión no se contrapone con los sistemas de control que pueden existir actualmente en las diferentes realidades regionales.

#### 2.3.7. AUTORIZACIÓN SANITARIA

Es altamente probable que durante el presente año se intensifique la insistencia respecto a que los establecimientos que otorgan atenciones de salud estén debidamente autorizados, esto es, que cuenten con la respectiva *autorización sanitaria* otorgada por la SEREMI de Salud.

La *autorización sanitaria* es el acto por medio del cual la Autoridad Sanitaria Regional (SEREMI de Salud) permite el funcionamiento de los prestadores institucionales de salud, verificando que cumplen con los requisitos de estructura y organización, establecidos en los Reglamentos que regulan este proceso.

Aunque la solicitud y gestión de este proceso corresponda a la Entidad prestadora con la cual JUNAEB suscribe el convenio de colaboración para la ejecución del PSO, resulta ser parte de la responsabilidad de la supervisión, seguimiento y monitoreo de la entrega de las atenciones, el acompañamiento para la obtención de la debida autorización sanitaria y, para ello, deberán lograrse instancias de trabajo conjunto para gestionar las mejoras necesarias.

Para estos efectos, es fundamental tener presente el marco de la normativa vigente que se informa en el subcapítulo II.1.3. de la última versión aprobada del “Manual de Normas de Atención en Módulos Dentales”:

- Decreto N° 58 de 2008 del Ministerio de Salud que “Aprueba Normas Técnicas Básicas para la obtención de Autorización Sanitaria de los Establecimientos Asistenciales”.
- DS N° 283 de 1997 del Ministerio de Salud que establece el “Reglamento sobre Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor”.
- DS N° 48 de 1984 y Decreto N° 30 de 1986 (modificación) “Reglamento de Calderas y Equipos que utilizan Vapor de agua”.
- DS N° 133 de 1984 del Ministerio de Salud “Reglamento sobre autorizaciones para instalaciones Radioactivas o Equipos Generadores de Radiaciones Ionizantes”.
- Decreto N° 1704 de 1993 del Ministerio de Salud que aprueba “Reglamento para el ejercicio de las profesiones auxiliares de la Medicina, Odontología y Química y Farmacia”.
- Decreto N° 6 de 2009 y Decreto N° 64 de 2010 (modificación) del Ministerio de Salud que aprueba “Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de atención de Salud REAS”.
- Manual de protección radiológica y de buenas prácticas en Radiología dento-máxilo-facial. MINSAL, ISP.

#### 2.3.8. REGISTROS Y FICHA CLÍNICA

De acuerdo a lo establecido en la Ley N° 20.584 que “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, que entró en vigencia el 1 de octubre de 2012, se debe tener en cuenta, para los efectos de resguardo y uso de la información el pronunciamiento de la Unidad de Asesoría Jurídica, informado mediante Oficio N° 1778 de fecha 30/11/2012.

Resulta importante, además, señalar la necesidad de velar e insistir por la debida custodia y conservación en buen estado de las Fichas Clínicas, que compete al equipo del Módulo Dental. Esto deberá ser supervisado en las Visitas a Módulos Dentales realizadas por los Encargados Regionales de Salud Oral a través de la aplicación de la Pauta de Visita a Módulos Dentales emanada desde la Dirección Nacional. Está establecido en los Convenios que dicha responsabilidad forma parte de las Obligaciones de la Entidad Prestadora.

#### 2.4. PROGRAMACIÓN

La programación de atenciones 2013 debe basarse en las coberturas proyectadas al 31 de Diciembre del 2012, considerando la continuidad presupuestaria establecida en la Ley de Presupuestos.

Además de lo anterior, se debe tener presente:

- La matrícula de las escuelas adscritas a los Módulos Dentales en los cursos que se están atendiendo.
- La ejecución histórica de cada Módulo Dental.
- La evaluación regional respecto al seguimiento de los Planes de Mejora obtenidos de las Auditorías Odontológicas.
- Los recursos humanos y físicos disponibles en cada Módulo Dental para la ejecución del Programa.
- Los resultados de los Indicadores de Calidad.

Dentro de este año 2013, las siguientes fechas constituirán los hitos para el seguimiento del Programa:

Hitos	Fecha	Producto
Evaluación de Desempeño Entidades Prestadoras	Hasta el 31 de Enero	Pautas de Evaluación aplicadas y remitidas al nivel central del Depto. de Salud del Estudiante.
Firma Convenios	Enero 2013	Convenios firmados con Entidades prestadoras
Resoluciones Regionales Convenios	Hasta Marzo de 2013	Resoluciones Regionales Convenios firmados con Entidades prestadoras
Programación	Marzo 2013	Programación Gestión año 2013: Calendario de Visitas.
	30 de Marzo	Envío, al nivel central del Programa, de la nómina de Escuelas adscritas y las coberturas programadas.
Reunión inicial con equipos ejecutores de Módulos	Marzo 2013	Reunión Regional Inicio con Equipos Ejecutores
Inicio Ejecución Módulos Dentales	Marzo 2013	Inicio Atenciones Módulos Dentales
Seguimiento al funcionamiento de Módulos	Enero a Diciembre 2013	Remas Nóminas de alumnos atendidos Nóminas de alumnos Chile Solidario atendidos
Supervisión a la permanencia del recurso humano	Enero a Diciembre 2013	Seguimiento y evaluación a las coberturas y a la realización de los componentes promocional y preventivo asociados a la atención clínica propiamente tal.
Auditorías Odontológicas Externas(AOE)	Abril 2013	Licitación Auditorías Odontológicas Externas (sólo en las Regiones que corresponda)
	Junio 2013	Realización 1ª Etapa AOE
	Hasta 30 días hábiles de recepcionado el informe	Plan de Mejoras AOE 1ª Etapa y Seguimiento
	Noviembre 2013	Realización 2ª Etapa AOE
	Noviembre 2013	Plan Correctivo AOE 2ª Etapa y Seguimiento
Control de Ejecución Coberturas	Junio 2013	Corte evaluación Coberturas (40% esperado)
	Septiembre 2013	Corte evaluación Coberturas (70% esperado)
	Noviembre 2013	Corte evaluación Coberturas (90% esperado)
Satisfacción Usuaría	20 Noviembre 2013	Planilla de sistematización de encuestas según muestra regional, enviada al nivel central del Depto. de Salud del Estudiante.
Evaluación Anual 2013 y Proyecciones 2014	Diciembre 2013	Reunión Regional Evaluación con equipos ejecutores

## 2.5. PRESUPUESTO Y COBERTURAS PROGRAMADAS POR PRODUCTO

Para el año 2013 la Ley de Presupuestos que incluye los recursos asignados a JUNAEB para el Programa regular y los correspondientes al Sistema Chile Solidario considera la continuidad del Programa, por lo que los recursos asignados permitirán la continuidad estricta, esto es, la base para la programación de coberturas deberá ser igual a la programación proyectada al 31 de Diciembre del año 2012.

Las coberturas para el año 2013 corresponden a las siguientes:

**Tabla de coberturas 2013, por región**

REGION	Proyección de Coberturas 2013			
	Ingresos	Controles	RX	Urgencias
Arica-Parinacota	365	116	18	25
Tarapacá	1.108	1.040	270	289
Antofagasta	1.852	465	155	441
Atacama	1.066	859	193	404
Coquimbo	4.585	5.723	526	1.150
Valparaíso	10.633	12.590	2.567	2.766
Metropolitana*	23.068	29.934	5.690	8.794
O'Higgins	5.816	3.811	1.087	1.715
Maule	5.604	6.083	586	1.819
Biobío	7.254	8.853	1.612	2.096
Araucanía	3.128	2.820	427	1.457
Los Ríos	3.654	5.163	984	1.095
Los Lagos	7.290	14.273	2.481	3.612
Aysén	707	772	203	630
Magallanes	626	635	193	194
D. Nacional	100	70	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>76.856</b>	<b>93.207</b>	<b>16.992</b>	<b>26.487</b>
	<b>170.063</b>			

\*En el caso de la Región Metropolitana se consideró la cobertura estimada en enero de 2012

Las cifras de asignación son referenciales, por lo tanto, la asignación definitiva se realizará en mayo en base a la programación que los Encargados de Módulos hagan llegar a los respectivos Encargados Regionales del PSO durante el mes de marzo. Dicha programación será realizada de acuerdo a lo descrito en el respectivo Manual de Procedimientos del Programa y su definición se realizará consecutivamente al análisis que realicen los Encargados Regionales del PSO previamente a la propuesta de programación que envíen en abril a los Profesionales del Programa en el DSE de la DN.

**Tabla de Presupuesto 2013, por Región:**

Presupuesto 2013								
REGION	Presupuesto Chile Solidario	Presupuesto Ingresos	Presupuesto Controles	Ppto. RX	Ppto. Urgencias	Ppto. Mat. Educativo	Presupuesto Art. Dentales	Presupuesto Total
Arica-Parinacota	3.338.476	13.149.543	4.478.113	89.834	367.230	133.358		21.556.552

Tarapacá	10.015.427	41.784.725	22.153.067	923.301	3.596.502	758.661		79.231.683
Antofagasta	6.676.951	65.965.760	8.330.348	472.743	4.951.746	608.839		87.006.386
Atacama	13.353.902	37.367.516	17.764.211	588.642	4.806.663	3.284.880		77.165.813
Coquimbo	20.030.853	198.293.845	112.711.774	1.388.598	12.258.143	3.494.978		348.178.191
Valparaíso	40.061.706	344.420.101	240.345.455	7.717.263	27.681.455	6.875.037		667.101.018
Metropolitana	90.138.840	775.005.000	616.380.444	19.663.576	94.104.875	20.060.396		1.615.353.131
O'Higgins	26.707.804	223.646.405	106.205.888	4.511.978	19.814.198	3.083.707		383.969.980
Maule	26.707.804	265.507.132	183.235.944	2.458.854	22.313.040	3.743.255		503.966.029
Biobío	33.384.755	395.358.936	322.372.287	6.262.283	27.834.864	5.536.843		790.749.968
Araucanía	26.707.804	146.265.645	103.223.278	1.817.157	19.303.257	1.916.410		299.233.552
Los Ríos	10.005.873	172.072.279	159.074.855	3.562.660	13.263.074	2.746.854		360.725.596
Los Lagos	20.030.853	289.581.525	349.933.797	7.828.950	42.082.040	6.651.785		716.108.950
Aysén	3.338.476	24.182.195	16.281.224	619.141	7.073.922	572.618		52.067.576
Magallanes	3.338.476	38.800.694	21.182.942	923.015	2.848.836	393.160		67.487.122
D. Nacional	0	3.743.193	1.572.055	0	0	72.030	116.349.173	121.736.451
<b>TOTAL</b>	<b>333.838.000</b>	<b>3.035.144.494</b>	<b>2.285.245.683</b>	<b>58.827.996</b>	<b>302.299.843</b>	<b>59.932.811</b>	<b>116.349.173</b>	<b>6.191.638.000</b>

\*En el caso de la Región Metropolitana se consideró el presupuesto proyectado en enero de 2012

## 2.6. CAPACITACIÓN A TERCEROS

Como en años anteriores, las Direcciones Regionales deben postular a través de Proyectos de Capacitación a Terceros a los fondos destinados para este fin.

El Encargado Regional del Programa de Salud Oral debe programar Jornadas de Capacitación entre las cuales debe incluir, al menos, una Jornada Inicial de Actividades con todos los Módulos Dentales de su región, donde se debe incluir a todos los integrantes de los Equipos Ejecutores (Odontólogos, Asistentes Dentales y Educadoras). En esta Jornada inicial se deben entregar los siguientes contenidos:

- Evaluación año 2012.
- Inducción al Programa de Salud del Estudiante.
- Modelo de Salud Oral JUNAEB.
- Normas y Procedimientos de la atención en Módulos Dentales.
- Orientaciones técnico- programáticas 2013.

Además, dependiendo de los recursos disponibles, se sugieren otras Jornadas de Capacitación:

- Sistema de Registros Clínicos y Estadísticos: capacitación Sistema Informático de Salud Oral a todos los integrantes de los Equipos Ejecutores (Odontólogos, Asistentes Dentales y Educadoras).
- Fortalecimiento del Componente Educativo: dirigido a las Educadoras de los Módulos Dentales reforzando la implementación del Manual Educativo del PSO, "Educando Sonrisas Saludables".
- Manejo del Paciente Pediátrico/Odontología mínimamente invasiva: dirigido a los Odontólogos y Asistentes Dentales.

- Jornada de Evaluación final: se debe incluir a todos los integrantes de los Equipos Ejecutores (Odontólogos, Asistentes Dentales y Educadoras), con el fin de analizar los resultados del año.

## **2.7. CONTROL DE PROGRAMAS**

Desde el año 2012 se han realizado esfuerzos en conjunto para el aumento en las instancias de control del Programa de Salud Oral. Para este año 2013 es importante considerar en estos procesos:

### **2.7.1. Auditorías Odontológicas Externas:**

Nuestro Programa continúa con el desarrollo de este medio de control, basándose en primera instancia en el "Manual de Procedimientos del Programa de Salud Oral 2012", (M-DSE- PSO 005), Proceso de Supervisión y Control, Control Externo: Auditorías Odontológicas Externas; como también en el "Manual de Instrucciones Auditorías Odontológicas 2011- 2013" ya distribuido en cada Dirección Regional. Como ya se ha reiterado y es de su conocimiento, estos Manuales pueden ser auditados.

Respecto a situaciones excepcionales detectadas a nivel regional (dificultades para realizar auditorías por razones climáticas, geográficas, de acceso, etc.) se podrá autorizar la realización de una sola etapa anual, considerando la suma de niños que deben auditarse en ambas etapas, previa solicitud de autorización al nivel central del Programa.

Respecto al presupuesto requerido para las Auditorías Externas, este será actualizado e informado, según reajuste IPC y/o según incorporación de los nuevos Módulos Dentales, si correspondiera. Es importante recordarles que estos recursos corresponden al Presupuesto 01, Control de Programas.

El valor de las Auditorías Externas se basa en poder establecer un diagnóstico situacional y detectar aquellos problemas que afecten la calidad, eficiencia y efectividad de las atenciones, así como la gestión de los Módulos Dentales.

Es así como cada etapa semestral implica que los Encargados Regionales del Programa en las Direcciones Regionales deben:

- 1° Revisar y aprobar los Informes entregados por cada Odontólogo (a) Auditor (a) de su territorio.
- 2° Elaborar el Plan de Mejora y Cronograma de implementación de las Recomendaciones susceptibles de ser aplicadas, sin esperar que estos procedimientos sean enviados desde la Dirección Nacional, de manera que, todos los elementos que afecten el buen funcionamiento de los Módulos, puedan ser resueltos a través de gestión regional.
- 3° Se deberá tener formato de seguimiento periódico de la implementación del Plan.
- 4° Enviar reportes periódicos semestrales de avance a la Dirección Nacional.

### **2.7.2. Supervisión regional y visitas a Módulos Dentales**

El Encargado del Programa de Salud Oral en la URSE, quien también en algunas regiones cumple el rol de Encargado Regional del Programa de Salud, es responsable de la supervisión y seguimiento regional territorial, y del control de la gestión de los Módulos Dentales en las comunas, para lo cual debe desarrollar las siguientes funciones:

- Identificar los Módulos con desempeño deficiente durante el año 2012.
- Priorizar el acompañamiento, supervisión y seguimiento, según nivel de riesgos detectado en la evaluación de desempeño 2012.
- Confirmar y rectificar coberturas a realizar durante el 2013 (en conjunto con el Encargado del Módulo Dental).
- Gestionar oportunamente la firma de los Convenios.
- Programar reunión con equipos ejecutores al inicio del proceso 2013, acción que debe desarrollarse antes de la segunda quincena de Abril.

- Motivar a los equipos ejecutores la importancia de la utilización del Sistema Informático para obtener un registro acucioso y oportuno.
- Seguimiento a la ejecución de coberturas y presupuesto, evaluando cortes en tres períodos: Junio 40%, Septiembre 70%, Noviembre 90%.
- Realizar acompañamiento a equipos ejecutores de Módulos, potenciando el trabajo en equipo al interior de éste.
- Fortalecer el seguimiento en aquellos Módulos donde se presenta una baja ejecución, o se ha presentado alguna dificultad con el recurso humano, infraestructura, comunicación con entidades locales.
- Aplicar oportunamente las medidas correctivas, ante dificultades que retrasen la ejecución.
- Fortalecer la coordinación con la red local, difundiendo las acciones que como Programa se realizan, generando alianzas estratégicas con el intersector.
- Realizar reunión de evaluación final a la ejecución del Programa, en conjunto con equipos ejecutores y auditores externos. Dicha instancia debe realizarse antes de finalizado el año.

En relación a la visitas a Módulos Dentales, se deberá informar a los profesionales del Programa en la Dirección Nacional en Marzo del año 2013 el Calendario anual de visitas a Módulos de acuerdo a las prioridades establecidas al interior del equipo regional y en base a los resultados de las Evaluaciones de Desempeño realizadas a las entidades ejecutoras, considerándose al menos una visita a cada Módulo Dental al año.

Para la realización de estas Visitas de supervisión el Encargado de Programa de Salud Oral deberá guiarse por la Pauta de Visita a Módulos Dentales 2012 (R-DSE-PSO 001) y por el Instructivo para correcto llenado de Pauta de Visita a Módulos Dentales 2012 (IT-DSE-PSO 003), ambos documentos publicados en la página de calidad, Intranet institucional.

Esta supervisión regional constituye una oportunidad de mejora para la situación de los Módulos Dentales, por lo que los Encargados podrán informar los acuerdos logrados y el avance de estos, a la Dirección Nacional de manera de cautelar la correcta ejecución del Programa y coordinar en conjunto las medidas que permitan cumplir las coberturas programadas.

## **2.8. ACOMPAÑAMIENTO Y CONTROL INTERNO A LAS DIRECCIONES REGIONALES**

Para el Programa de Salud Oral es importante mantener una estrecha relación de cercanía y colaboración con los equipos regionales. Para ello se realizan esfuerzos constantes que permitan acompañar mediante visitas programadas a cada una de las regiones del país.

La Programación anual de visitas a regiones se realiza desde la Dirección Nacional del Programa y es en base a las necesidades detectadas en el nivel central, las solicitudes realizadas desde regiones, y la disponibilidad presupuestaria; la cual debe ser aprobada por el Jefe del DSE. Se estima que se deberá realizar al menos una visita a cada región.

Este acompañamiento puede incluir la visita a Módulos Dentales, participación en reuniones con autoridades locales y/o de la Red colaboradora, participación en mesas de trabajo intersectorial regional, participación en Jornadas de trabajo de los equipos ejecutores y supervisión de la gestión regional del PSO.

En el Informe de Visita Regional, se recopilará, entre otros, el tipo y objetivo de la supervisión (programación, avance, evaluación, reuniones); descripción resumida de las actividades realizadas; reunión con Director Regional, Encargado de la URSE y Encargado regional/provincial del PSO; monitoreo del presupuesto, licitaciones pendientes, convenios y resultados; aspectos positivos y negativos, dificultades, gestión y avances del año en curso; nudos críticos, alianzas e intersectorialidad; supervisión a Entidades prestadoras y visita a Módulos Dentales; acuerdos y compromisos del Encargado de la URSE, del Encargado regional y provincial del PSO y del Profesional del PSO en el Departamento de Salud del Estudiante Dirección Nacional que realiza la supervisión.

### **Encuestas de Satisfacción Usuaría**

De acuerdo a la Programación de atenciones 2013, se calculó una muestra por región con un nivel de confianza de 95%, una precisión de 5% y una proporción esperada de 50% ( $p=0,5$ ). Del total representativo obtenido, se calculó la cantidad de encuestas a realizar, por región, según usuarios, en relación a las proporciones del total de encuestados los años anteriores. De acuerdo a ello, las cantidades para cada una de las regiones son siguientes:

Región	Niños Ingresos (Altas Integrales)	Niños Controles (Controles de Mantención)	Padres y/o apoderados	Profesores	Total encuestas
ARICA Y PARINACOTA	27	22	22	2	73
TARAPACA	28	28	20	6	83
ANTOFAGASTA	30	26	23	4	83
ATACAMA	29	26	22	7	83
COQUIMBO	28	29	21	8	85
VALPARAISO	28	28	21	8	86
METROPOLITANA	28	28	21	8	86
O'HIGGINS	30	29	23	4	85
MAULE	28	28	21	8	85
BIOBIO	29	29	21	8	86
ARAUCANIA	28	29	21	8	85
LOS RIOS	29	27	22	7	85
LOS LAGOS	28	28	21	8	86
AYSEN	30	24	25	2	82
MAGALLANES	30	24	25	2	81
ISLA DE PASCUA	27	22	22	2	73
<b>TOTAL</b>	<b>459</b>	<b>427</b>	<b>351</b>	<b>91</b>	<b>1.327</b>

Cada Dirección Regional deberá enviar la sistematización de la muestra en el formato Excel anexo a las presentes Orientaciones considerando los plazos estipulados en el Manual de Procedimientos programa de Salud Oral 2012(M- DSE- PSO 005):

- Aplicación de Encuestas de Satisfacción Usuaría:
  - 40% de encuestas aplicadas entre marzo y junio.
  - 70% de encuestas aplicadas entre julio y septiembre
  - 100% de encuestas aplicadas entre octubre y diciembre
- Envío de los resultados regionales de la planilla de sistematización de encuestas aplicadas a la Dirección Nacional:
  - Avance 30 de septiembre del año en curso.
  - Resultado Final 31 de diciembre del año en curso.

- Informe de resultados regionales y nacionales del Indicador:
  - Avance 15 de octubre del año en curso.
  - Resultado Final 15 de enero del año siguiente.

Las encuestas originales deberán quedar en poder de las regiones para posibles auditorías o revisiones. Se anexa formato 2013 Encuesta Usuarios Programa Salud Bucal – Módulos Dentales y la Planilla de Sistematización de dichas encuestas.

## 2.9. MARCO NORMATIVO DEL PROGRAMA

Considerando que nuestro Programa se desarrolla siguiendo lineamientos definidos, consideramos importante reforzar cuál es el Marco Regulatorio que lo rige:

### MARCO JURÍDICO:

- Ley de Presupuestos del año en curso y sus modificaciones.
- Ley N°15.720 que crea una Corporación Autónoma con personalidad jurídica de derecho público y domicilio en Santiago, denominada Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
- Resolución N°1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón.
- Resolución N°008 de 1986 de JUNAEB que delega atribuciones que indica, ampliada por la resolución N°064 de 1987.

### MARCO REGULATORIO:

El Marco Regulatorio para el Programa de Salud Oral se basa en:

- Decreto N° 0209 de fecha 25.05.2012 que “Regula la ejecución de la Asignación Presupuestaria Salud Oral de la Partida 09, Capítulo 09, Programa 02, Subtítulo 24, Ítem 03, Asignación 167, Glosa N°03, de la Ley de Presupuestos del Sector Público del Año 2012”. Tomado de Razón por la Contraloría General de la República con fecha 14 de Agosto de 2012.
- Decreto Supremo N°66 de fecha 24.06.2011 que “Aprueba Convenio de Transferencia de Recursos suscrito entre el Ministerio de Planificación y la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas”.
- Resolución N° 3378 que “Modifica la Resolución Exenta N°139 del 17 de enero del año 2007 sobre destino y ejecución de los recursos considerados en el Programa de Salud Escolar de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas”

Además, se encuentran vigentes para este año los siguientes documentos:

- Manual de Procedimientos Programa de Salud Oral 2012 (M- DSE- PSO 005)
- Normas y Procedimientos de la atención en Módulos Dentales 2012 (M- DSE- PSO 004)
- Pauta de Visita a Módulos Dentales 2012 (R-DSE-PSO 001)
- Instructivo para correcto llenado de Pauta de Visita a Módulos Dentales (IT-DSE-PSO 003)
- Instructivo para correcto llenado de Formularios PSO (IT-DSE-PSO 002)
- Manual Sistema Informático Salud Bucal 2012
- Manual de Usuario Regional para Encargados del Programa de Salud Oral 2012
- Manual de Instrucciones Auditorías Odontológicas 2011- 2013

## 2.10. RECURSOS HUMANOS

Los Encargados del PSO por región y la contraparte técnica que acompañará desde la Dirección Nacional corresponden a:

REGIÓN	ENCARGADA PROGRAMA SALUD ORAL, DSE -DIRECCIÓN NACIONAL	ENCARGADA (O) REGIONAL PROGRAMA SALUD ORAL, URSE – DIRECCIÓN REGIONAL
Arica y Parinacota	Andrea Weitz S.	Rodrigo Vásquez R. - Stephanie Vega T.
Tarapacá	Bárbara Hernández P.	Gabriela Rojas L.
Antofagasta	Bárbara Hernández P.	Rosanna Castro O. – Dylia Abarca G.
Atacama	Andrea Weitz S.	Paulina Pérez G.
Coquimbo	Bárbara Hernández P.	Elizabeth Bergel C. - Johanna Ossandón M. – Doménica Honores A.
Valparaíso	Andrea Weitz S.	José Vergara D.
Metropolitana	Andrea Weitz S.	Hugo Serrano N.
Del Libertador Bernardo O'Higgins	Andrea Weitz S.	César Parraguez B.
Maule	Bárbara Hernández P.	Miguel Blaset C. - Enrique Fell O.
Biobío	Andrea Weitz S.	Anita Saravia V.
La Araucanía	Bárbara Hernández P.	Claudia Quezada B.
Los Ríos	Bárbara Hernández P.	Katía Bravo S.
Los Lagos	Andrea Weitz S.	Margarita Muñoz H. - Daniela Subiabre M. - Sandra Rodríguez P.
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	Andrea Weitz S.	Silvio Aguirre P.
Magallanes y la Antártica Chilena	Bárbara Hernández P.	Sara Miranda T.

## ÁREA DE SERVICIOS MÉDICOS

### 1. INTRODUCCIÓN

El énfasis del último año en la gestión de Servicio Médicos estuvo dado principalmente en fortalecer los siguientes ámbitos:

- Focalización: en términos de cautelar que el ingreso al Programa se realice en los cursos definidos para cada especialidad.
- Protagonismo comunidad educativa: en fortalecer trabajo con padres, profesores y alumnos.
- Trabajo planificado con redes locales y alianzas.
- Implementación sistema informático.
- Seguimiento, análisis y reflexión especialmente en el ámbito de coberturas y presupuesto regional.

### 2. ANTECEDENTES GENERALES DEL ÁREA

#### 2.1. Objetivo

Contribuir a mejorar la salud de escolares de establecimientos municipales y particulares subvencionadas, para que puedan acceder al proceso educacional en condiciones más igualitarias, resolviendo problemas de salud relacionados con desempeño e integración al proceso educativo y colaborando con la mantención y éxito en el sistema educacional.

#### 2.2. Características

- Brinda oportunidad de detección temprana y tratamiento a enfermedades silenciosas.
- La participación y protagonismo de actores escolares y comunales (educadora de párvulos, profesor jefe, profesor de educación física, coordinador comunal, entre otros) es clave para la pesquisa temprana, coordinación eficiente para el acceso a screening universal, apoyo y seguimiento a tratamientos.
- Busca el éxito en el desafío educacional en términos de colaborar con el desempeño e integración escolar.
- El diseño del Programa, considera vital la coordinación a nivel comunal a través de sus Coordinadores Comunales, actor que articula e implementa el Programa en las escuelas de su territorio.

#### 2.3. Focalización

El Área define 4 criterios de focalización:

- Establecimientos Educativos Particulares y Municipales que reciben subvención del estado incluyendo Escuelas Especiales.
- Prevalencias e Incidencias en Servicios Médicos. La prevalencia (P) cuantifica la proporción de individuos de una población que padecen una enfermedad en un momento o periodo de tiempo determinado. Su cálculo se estima mediante la expresión:

$$P = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos con la enfermedad en un momento dado}}{\text{Total de población en ese momento}}$$

La incidencia (I) se define como el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado. Hay dos tipos de medidas de incidencia: la incidencia acumulada y la tasa de incidencia, también denominada densidad de incidencia. La incidencia acumulada (IA) es la proporción de individuos sanos que desarrollan la enfermedad a lo largo de un período de tiempo concreto. Se calcula según:

$$IA = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos nuevos de una enfermedad durante el seguimiento}}{\text{Total de población en riesgo al inicio del seguimiento}}$$

Es importante señalar que todas las prevalencias e incidencias utilizadas por SSMM para el cálculo de daño, son estimaciones a partir de tesis efectuada el año 2006 en Oftalmología para el

Programa. En tanto que para Otorrino y Columna se aplica lo indicado por expertos del Programa y literatura internacional al respecto, dado que no existen estudios para estimar la prevalencia en escolares chilenos.

El presente año se contempla como desafío avanzar con un trabajo investigativo a cargo de expertos que actualicen esta prevalencias.

#### Prevalencia e Incidencia en Oftalmología por Región y Curso

Regiones	Pre-Kínder	Kínder	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
Arica	2.0	3.3	5.4	3.1	3.4	3.7	3.6	4.2	2.2	1.9
Tarapacá	1.2	1.7	3.4	2	2	1.9	1.8	1.9	1.4	1.3
Antofagasta	1.4	1.7	2.5	1.4	1.3	1.3	1.3	1.8	1.4	1.1
Atacama	0.7	1.2	2.3	1.7	2	1.8	2.1	1.7	1.6	1.1
Coquimbo	0.7	0.9	1.8	1.1	1.1	1.0	1.0	1.3	0.9	0.8
Valparaíso	1.6	1.4	2.2	1.4	1.5	1.4	1.6	1.7	1.5	1.5
O' Higgins	0.5	1.0	1.5	0.9	1	1.1	1	1.3	0.9	0.8
Del Maule	0.9	1.4	2.5	1.4	1.4	1.3	1.3	1.2	1.1	0.9
Ñuble	1.0	1.1	2.1	1.2	1.6	1.1	1.1	0.8	1.0	0.8
Biobío	1.2	2.0	3.5	2.1	1.9	2	1.5	1.3	1.3	1.1
Concepción	1.2	1.8	4.2	2.3	2.7	2.2	1.8	1.6	1.5	1.2
Arauco	1.1	2.0	2.6	1.9	1.7	1.2	1.1	1.2	1.0	1.0
Araucanía	2.1	2.5	4.3	2.2	1.9	1.7	1.6	1.3	1.5	1.1
Llanquihue	1.0	1.2	3.9	2	1.8	1.5	1.4	1.2	1.2	1.0
Palena	1.4	1.3	4.0	2.4	2.7	4.8	1.4	2.1	2.0	2.3
Osorno	1.4	3.0	4.6	3.0	2.7	2.2	2.0	1.4	1.5	1.2
Chiloé	1.4	2.6	5.8	2.5	1.9	1.6	1.6	1.4	1.5	1.2
Los Ríos	2.4	2.8	5.5	3.1	3.0	2.2	2.4	2.3	1.7	1.7
Aysén	2.8	5.0	6.7	2.9	2.5	2.4	2.8	1.8	2.1	1.5
Magallanes	2.5	2.4	6.2	2.4	2.5	2.1	2.2	2.1	1.7	1.5
R. M.	1.5	1.2	3.0	1.3	1.3	1.3	1.3	1.4	1.1	1.1

#### Prevalencia e Incidencia en Otorrinolaringología por Región y Curso

Regiones	Pre-Kínder	Kínder	1°	2°	3°	4°
Arica	0.8	0.4	1.7	0.3	0.3	0.3
Tarapacá	0.8	0.4	2.2	0.2	0.2	0.2
Antofagasta	0.8	0.4	1.8	0.2	0.2	0.2
Atacama	0.8	0.4	1.9	0.2	0.2	0.2
Coquimbo	0.8	0.4	2.0	0.2	0.3	0.2
Valparaíso	0.8	0.4	2.2	0.2	0.3	0.2
O' Higgins	0.8	0.4	2.3	0.3	0.3	0.3
Del Maule	0.8	0.4	1.8	0.3	0.3	0.2
Biobío	0.8	0.4	2.0	0.3	0.3	0.3
Araucanía	0.8	0.4	2.0	0.3	0.3	0.3
Los Lagos	0.8	0.4	1.7	0.3	0.3	0.3
Los Ríos	0.8	0.4	2.2	0.2	0.2	0.2
Aysén	0.8	0.4	1.7	0.2	0.2	0.2
Magallanes	0.8	0.4	2.0	0.2	0.2	0.2
R. M.	0.8	0.4	2.1	0.3	0.3	0.3

## Prevalencia e Incidencia columna por Región y Curso

Regiones	7º básico
Arica	2.5
Tarapacá	
Antofagasta	
Atacama	
Coquimbo	
Valparaíso	
O' Higgins	
Del Maule	
Biobío	
Araucanía	
Los Lagos	
Los Ríos	
Aysén	
Magallanes	
R. M.	

c) Según Patología.

### Oftalmología

- Atiende vicios de refracción que disminuyen la capacidad visual.
- Incluye screening profesional, atención médica, ejercicios ortópticos, lentes.
- Falso positivo esperado a nivel de especialista : 15%
- Falso positivo a nivel de screening : < o igual 30

### Otorrino

- Atiende todas las patologías asociadas a disminución de la capacidad auditiva como: Otitis Media Crónica (OMC), Otitis Media con Efusión, Mucositis timpánica, Otitis Media Aguda, Hipoacusia Sensorio neural.
- Incluye screening profesional, atención médica, medicamentos, exámenes (audiometría e impedanciometría), radiografías, audífonos y plan de adaptación, cirugías, implante coclear.
- Falso positivo a nivel de especialista : 25%
- Falso positivo a nivel de screening : < o igual 30%

### Columna

- Atiende escoliosis y dorso curvo, previniendo alteraciones mayores que limitan la normal integración y rendimiento en el sistema educativo. Si se trata a tiempo se evita la intervención quirúrgica y la invalidez.
- Incluye screening profesional, atención médica, radiografías, interconsulta con expertos, corsé, realces, tratamiento de kinesiterapia.
- Falso positivo a nivel de especialista < o igual 20 %
- Falso positivo a nivel de screening < o igual 30%

d) Focalización Según Cursos:

La focalización según cursos se debe ver claramente reflejada nivel de screening y a nivel de ingreso de especialistas, dependiendo de la patología. Por tanto la cobertura en estos niveles debe reflejar que las atenciones provienen al menos en un 80 % de estos cursos.

- Oftalmología: Se privilegian los cursos de PK, K, 1º y 6º básico

- Otorrino: Se privilegian PK, K, 1º básico
- Columna: 7º básico

#### Otros Cursos:

En caso de que surjan atenciones de demanda espontánea, provenientes de otros cursos fuera de los focalizados, estas podrán efectuarse sólo si presentan derivación certificada desde APS, especialista privado o derivado por otro servicio de salud. En todo caso esta demanda no deberá superar un 25 % del total de sus atenciones al ingreso.

A modo de referencia, según los datos que arroja el Sistema informático 2012 al mes de Noviembre, el comportamiento en relación a la focalización por curso y especialidad, es el siguiente:

- En el caso de oftalmología sólo el 54,8 % corresponden a cursos focalizados
- En Otorrino, sólo el 50,5 % corresponde a cursos focalizados
- En caso de columna es más preocupante pues se detecta un 17%

Lo anterior exige por parte de las Coordinaciones Regionales de Servicios Médicos, desarrollar estrategias que permitan avanzar hacia una mejor focalización, priorizando la población indicada.

Teniendo presente que estamos en un proceso de transición respecto de la pesquisa versus screening de barrido, es relevante mostrar en cada región mejores y nuevas señales de avance en este ámbito.

Es importante destacar que el Programa debe avanzar hacia la instalación progresiva de screening de barrido en cada región, realizado por profesionales idóneos para esta acción.

*Esta premisa debe ser clara y responsablemente difundida a nivel regional en primera instancia por los Coordinadores de Salud, acotando los cursos para este levantamiento, en aquellas escuelas en que será imposible efectuar screening universal. Lo anterior a fin de no generar expectativas que el Programa no estará en condiciones de atender. En este sentido los resultados de la pesquisa del año 2012, no reflejan las orientaciones que deben entregarse a las comunas y por tanto tensionan desde el inicio el desarrollo del Programa, con recursos que están programados y disponibles para otros niveles.*

De acuerdo a lo expuesto se espera que el 2013 se refleje a partir de esto datos un cambio sustantivo.

En oftalmología, la pesquisa proviene solo en un 67 % de cursos focalizados:

El 28,6 % corresponde a 1º básico, el 24% a 6º básico y el 14% a kínder.

PESQUISA OFTALMOLOGIA * CURSO																
Región	1	2	3	4	5	6	7	8	1M	2M	3M	4M	E	K	PK	Total general
1	3489	132	119	21	23	767	26	24	36	36	20	17	40	298	200	5248
2	1036	154	131	183	128	236	230	116	130	73	104	74	76	1926	469	5066
3	434	11	18	6	6	569	6	7	3	4	1	3	48	290	11	1417
4	360	6	0	1		628	0							147	0	1142
5	1881	119	122	185	135	2471	92	81	194	179	146	155	206	243	81	6290
6	73	1				88	0	0					5	56	12	235
7	1585	345	438	395	382	2196	315	315	194	98	87	62	107	755	433	7707
8	2359	166	110	30	44	2686	49	242	9	11	6	43	250	1693	1873	9571
9	1941	557	520	536	437	1825	319	284	334	240	231	162	88	1116	295	8885
12	150	43	38	27	16	254	20	16	51	40	30	31	20	125	14	875
13	66				0	23	0						0	22	10	121
14	1316	346	275	265	272	471	216	177	101	74	108	47	124	357	732	4881
15	287	18	33	70	11	347	22	6	5	8	9	1	22	154	10	1003
<b>Total general</b>	<b>14977</b>	<b>1898</b>	<b>1804</b>	<b>1719</b>	<b>1454</b>	<b>12561</b>	<b>1295</b>	<b>1268</b>	<b>1057</b>	<b>763</b>	<b>742</b>	<b>595</b>	<b>986</b>	<b>7182</b>	<b>4140</b>	<b>52441</b>

En Otorrino, la pesquisa proviene en un 87% de los cursos focalizados.

PESQUISA OTORRINOLARINGOLOGIA * CURSO																
Región	1	2	3	4	5	6	7	8	1M	2M	3M	4M	E	K	PK	Total general
1	3428	22	101	6	6	9	13	3	7	3	0	2	30	406	376	4412
2	735	25	24	29	35	43	105	17	16	21	7	27	25	1860	447	3416
3	377	2	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	22	338	166	919
4	638	18	5	0		0	0							410	362	1433
5	2104	75	67	46	35	43	46	27	34	30	35	50	192	1794	1433	6011
6	31	1				0	0	0					3	33	39	107
7	1589	138	136	107	101	76	66	37	20	10	17	26	81	1131	912	4447
8	1127	62	31	0	3	43	18	7	5	0	0	14	127	1076	750	3263
9	1298	173	141	127	99	74	49	33	39	22	17	15	36	1087	910	4120
12	219	19	31	4	3	9	4	9	29	18	6	10	0	173	87	621
13	0				0	0	0						0	0	0	0
14	797	111	80	83	83	48	43	31	9	14	13	4	53	111	673	2153
15	306	6	17	1	3	4	2	39	4	2	3	6	7	255	221	876
<b>TOTAL</b>	<b>12649</b>	<b>652</b>	<b>633</b>	<b>403</b>	<b>368</b>	<b>363</b>	<b>346</b>	<b>203</b>	<b>163</b>	<b>120</b>	<b>98</b>	<b>154</b>	<b>576</b>	<b>8674</b>	<b>6376</b>	<b>31778</b>

En columna, la pesquisa proviene en un 85% de 7º básico.

PESQUISA COLUMNA * CURSO																
Región	1	2	3	4	5	6	7	8	1M	2M	3M	4M	E	K	PK	Total general
1	2	1	3	3	73	13	3748	5	6	0	6	2	34	1	0	3897
2	7	4	13	6	23	17	1841	175	7	1	0	0	9	0	0	2103
3	2	3	2	1	2	20	199	0	0	0	0	0	16	0	2	247
4	0	0	0	0		0	456							0	0	456
5	36	24	30	22	128	33	1773	66	58	51	67	15	151	29	32	2515
6	0	0				0	59	1					6	0	0	66
7	43	13	31	18	76	49	1154	90	45	37	41	54	32	11	6	1700
8	5	2	1	1	6	55	1230	17	8	0	1	0	53	12	21	1412
9	26	25	48	20	70	62	1084	87	76	66	38	24	34	8	3	1671
12	5	0	1	0	6	0	190	9	25	21	3	13	8	2	1	284
13	0				13	12	7624						367	0	0	8016
14	49	18	12	23	24	62	800	75	21	38	26	8	88	26	15	1285
15	1	2	4	1	19	9	334	6	5	3	2	0	12	0	0	398
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>92</b>	<b>145</b>	<b>95</b>	<b>440</b>	<b>332</b>	<b>20492</b>	<b>531</b>	<b>251</b>	<b>217</b>	<b>184</b>	<b>116</b>	<b>810</b>	<b>89</b>	<b>80</b>	<b>24050</b>

### 3. MODELO DE ATENCIÓN.

El Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, contempla dentro de su Modelo de Intervención, tres ejes o componentes que se interrelacionan y completan entre sí:

**3.1 Entrega de Servicios Asistenciales** en las áreas de Oftalmología, Otorrino y Columna, a una población escolar con una demanda insatisfecha, en forma oportuna y con resolución del problema de salud encontrado.

El abordaje para estas áreas implica la entrega de los siguientes beneficios:

- Pesquisa
- Screening
- Atención medica Especialista
- Diagnóstico y Tratamiento
- Vigilancia y control a la patología

### 3.2 Gestión local y en red:

Esta área implica en particular un esfuerzo en potenciar la gestión local, donde convergen actores claves de este nivel, como Coordinadores comunales, profesores jefes, atención primaria, padres y apoderados, autoridades locales. En este mismo sentido es clave promover nuevas alianzas con entidades públicas y privadas que aporten al Programa con estudios, investigación, capacitación, etc.

### 3.3 Habilitación y Capacitación a actores claves:

La capacitación y habilitación a los múltiples actores que participan del Programa es un elemento vital que debe mantenerse vigente cada año a fin de entregar orientaciones, retroalimentar resultados, compartir buenas prácticas, efectuar inducción y monitoreo en informática, educación y difusión sobre uso y cuidado de tratamientos, etc. Lo anterior forma parte de una de las acciones más potentes y relevantes del Programa, que sustenta el grado de compromiso, responsabilidad y sentido de pertenencia con el mismo. Estas acciones contemplan diferentes modalidades como talleres teórico prácticos, jornadas, video conferencias, reuniones.

Es importante señalar que todas estas iniciativas deben ser planificadas con antelación considerando la autogestión de las propias regiones, recursos de capacitación a terceros, y capacitación interna.

### Flujo Habitual del Programa SSMM



### Etapas, Actores y Procedimientos en SSMM

¿QUÉ?	¿QUIÉN?	¿CÓMO?
1. Investigación Escuela	Educadora de Párvulos Profesores Jefe Profesor de Educación Física	Encuesta para Padres Tabla Snellen Abreviada Examen de Columna
2. Screening	Fonoaudiólogos Tecnólogos Kinesiólogos	1. Emisiones Otacústicas (Pre-escolar) 2. Audiometrías Universales 3. Test de Hirschberg- Cover test 4. Test de Adams
3. Consulta Médica y exámenes	Médicos Otorrinos, Oftalmólogos y Traumatólogos, Tecnólogos Médicos con Mención en Oftalmología a nivel Regional	Audiometrías, BERA, Impedanciometrías, Radiografías
4. Entrega y control de tratamientos	Ópticas, Centros Auditivos, Centros Médicos, Farmacias, Centro de Especialidades Médicas	Lentes Ópticos, de Contacto, Audífonos, Cintillos Óseos, Implante Coclear, Plan de Audífonos, Medicamentos, Corsé, Realce.
5. Control Regular a escolares con indicación de tratamiento	Médicos Otorrinos, Oftalmólogos, Traumatólogos y Tecnólogos Médicos con Mención en Oftalmología a nivel Regional	Cada 6 meses o 1 vez al año, según patología

## 4. ÉNFASIS Y ANTECEDENTES CLAVES A DESTACAR EL AÑO 2013

### 4.1. Focalización

La tarea central es efectuar estrategias regionales que busquen promover y mejorar la focalización. Será altamente prioritaria la coordinación anticipada con Atención Primaria respecto de la atención con el Programa Piloto de Control del niño y niña sano que están realizando en escuelas entre 5 y 9 años. Lo anterior asegurando prioritariamente la población programada por cada Dirección Regional en ingresos focalizados

#### **4.2. Continuación consolidación Screening de barrido**

Se debe avanzar en forma cuidadosa en este sentido, sin desperfilar la labor del profesor que durante años hemos relevado y con la cual el programa logró instalarse en las escuelas. El escenario actual llama a reorientar la labor de este solamente en cuanto a la pesquisa, pues continúa siendo clave en el programa respecto del acceso que tengan sus alumnos al programa, la información a los padres, y el posterior seguimiento en controles y uso de tratamiento.

En términos globales y datos duros, el screening realizado por profesionales de salud sigue demostrando una importante eficiencia respecto de los resultados que logra el profesor en la pesquisa y ha permitido detectar numerosos niños con problemática que de otra forma no habrían emergido. No obstante lo anterior estamos conscientes que la realidad de las escuelas rurales es compleja para abordar screening de barridos y se deberá aceptar la pesquisa con las debidas cautelas en torno a la capacitación y apoyo de las coordinaciones regionales para esta tarea.

#### **4.3. Digitación**

El presente año la digitación forma parte de las obligaciones de los prestadores adjudicados de cada región, por tanto será responsabilidad de cada coordinador regional, capacitar oportunamente para esta tarea; ello dada la relevancia que constituye para el Programa contar con datos actualizados respecto de cobertura, diagnóstico, indicaciones, entre otros.

El llamado a las Direcciones Regionales, en este sentido, es que puedan asimilar con el mayor énfasis esta directriz, anticipándose a quiebres e inconvenientes que pudieran surgir de esta orientación.

#### **4.4. Incorporación Tecnólogos Médicos en la Atención de controles bianuales de Oftalmología.**

Esta iniciativa constituye una necesidad ampliamente requerida para el Programa, dada la magnitud del área de oftalmología. El objetivo es proporcionar acceso a las atenciones en forma más oportuna y eficiente, especialmente en aquellos lugares que los oftalmólogos son escasos.

La incorporación de estos profesionales al Programa será progresiva y debe considerar lo siguiente:

- Los Tecnólogos Médicos con mención en oftalmología, deben tener además formación en refracción clínica y práctica acreditada por un servicio de salud público o privado.
- El rendimiento por hora será de 4 alumnos.
- Las coberturas o población a atender por el Tecnólogo Médico deberá ser conocida, coordinada y focalizada por el Coordinador Regional de Servicios médicos, cautelando una rigurosa selección de los alumnos beneficiarios, los cuales deben corresponder a alumnos de controles bianuales con baja dioptría.
  - Atenciones Año 2013: estudiantes que fueron atendidos por médico especialista el año 2011 y que resultaron con diagnóstico de baja dioptría quedando en control bianual.
  - Atenciones Año 2014: estudiantes que fueron atendidos por médico especialista el año 2012 y que resultaron con diagnóstico de baja dioptría quedando en control bianual.
- Los Tecnólogos, deberán auditar al menos el 2% de su indicación de lentes (receta) versus el producto final (lente).
- Implicará una supervisión y monitoreo regular de esta nueva tarea.
- La prestación utilizará los mismos formularios que son utilizados para la atención médica.

#### **4.5. Trabajo colectivo interregional de servicios médicos :**

Este año se promoverá el trabajo colectivo de los profesionales de Servicios Médicos de las regiones con el objetivo de fortalecer y promover el trabajo técnico.

Las áreas de trabajo y/ o desarrollo son:

- Análisis de Datos que arroja Plataforma Informática
- Control y Seguimiento del Presupuesto y Control de Pagos
- Control y Monitoreo de Alumnos con audífonos/kinesioterapia/corsé
- Encuestas Usuario
- Instrumento de Evaluación de Desempeño
- Estudios e Investigación Regional
- Propuestas de Gestión Comunal Eficiente
- Proceso de Acreditación Coordinadores Comunales por Universidad o Instituto de Enseñanza Superior.

- Modelo de Trabajo con Padres
- Elaboración y diseño de material de difusión

#### **Modalidades**

1. La Coordinación Nacional contemplará en su programación anual recursos para 3 encuentros regionales, destinados a los encargados de Servicios Médicos.
2. Cada Coordinador deberá registrarse al inicio del año y hasta el mes Abril en una comisión técnica.
3. Los requisitos para optar al tema son:
  - a. Interés y motivación por un área particular
  - b. Que potencie sus habilidades y capacidades técnicas y personales
  - c. Que el producto a lograr sea posible de implementar a corto plazo en el Programa.
4. Una vez constituida la comisión, se solicitará definir:
  - a. Tema( s) en desarrollo
  - b. Objetivo de la mejora
  - c. Cronograma de trabajo
  - d. Producto Final
  - e. Integrantes
5. Los productos de cada comisión serán integrados al Programa a través de una circular.
6. El cierre de este trabajo será realizado en Santiago. En una Jornada de carácter nacional o zonal.

#### **4.6. Gestión de alianzas y redes para el Programa**

Para este año, se debe continuar avanzado en la gestión de alianzas concretas y verificables a nivel regional especialmente con Atención Primaria, Servicios de Salud, CIRA y Universidades en áreas relacionadas con Servicios Médicos.

Cada región deberá *mostrar al menos dos instancias de trabajo formal* y sistemática en el ámbito de las especialidades que aborda el Programa:

Existen diversas acciones que cada región podrá explorar y o fortalecer en base a lo que ya han ido desarrollando como por ejemplo:

- Capacitación en gestión para Coordinadores Comunales y Profesores Coordinadores de Salud de las Escuelas
- Seminarios en Especialidades Médicas para prestadores y actores vinculados al Programa
- Screening de barrido
- Módulos Educativos para Padres y alumnos
- Material Educativo y de difusión de SSMM
- Investigación
- Protocolos de derivación entre el Programa y Servicios de Salud y Atención Primaria.

#### **4.7. Supervisiones regionales**

El presente año se relevará este aspecto a través de las siguientes estrategias:

- 1) Supervisión Técnica a Prestadores: Implica verificar en terreno que el prestador cumpla con todas las normativas y obligaciones estipuladas en su contrato.  
Al respecto, los coordinadores de Servicios Médicos deberán realizar una supervisión de esta naturaleza a cada prestador al menos una vez al año, dejando como verificador Pauta de Supervisión.
- 2) Supervisión Gestión Comunal: Esta supervisión debe estar priorizada según los criterios que a continuación se indican:
  - Resultados de asistencia a los screening por debajo del 90%
  - Porcentaje de ingresos y controles alcanzados debajo del 70%
  - Rotación del Coordinador Comunal
  - Cambio de autoridades comunales
  - Problemas detectados a través de usuarios etc.

En este caso también debe quedar verificador de esta acción, consignada en Pauta de Supervisión (\*):

- Situación que amerita la visita
- Acuerdos y Compromisos
- Participantes

Esta acción estará formando parte del Tablero de Control Nacional, por tanto requerirá de un monitoreo constante.

(\*) A fin de estandarizar esta acción, a través de proceso de Auditoría Interna, Servicios Médicos DN, se ha comprometido a realizar formato tipo para ser aplicado a nivel regional, que será remitido y oficializado a través de circular.

### 3) Aplicación de Encuestas

Las encuestas a aplicar de acuerdo a la experiencia de años anteriores, requieren de nuevas estrategias previas a su aplicación y registro, en términos del llenado y calidad de los datos que consignan. Frente a esto, el Coordinador de Servicios Médicos deberá asegurar acciones que cautelen este aspecto, de lo contrario un importante esfuerzo para recuperar información del usuario a nivel nacional, se ve entorpecido y dificulta el análisis de los resultados regionales y nacionales. Esta tarea también formará parte del Tablero Control Nacional.

## 5. ÁREAS ESPECÍFICAS.

### I. Oftalmología

#### Objetivo:

*Detectar disminución de la agudeza visual, realizar diagnóstico, tratamiento y control regular.*

De acuerdo a los expertos de Oftalmología, la madurez del sistema visual alcanza su desarrollo alrededor de los 6 años, por lo que la aparición de los vicios de refracción es también en esta edad, con un repunte alrededor de los 10 años (6° Básico). Sin embargo, las ambliopías están presentes ya a partir de los 4 años y por la injerencia que tiene en el desarrollo posterior de la visión es importante la pesquisa lo más oportuna posible, a fin de evitar secuelas si no son tratadas en forma oportuna.

Toda la evidencia científica, indica que la acción de tamizaje debe ser precoz, es decir para el Programa de SSMM se debe comenzar a partir de Pre Kínder. No obstante y considerando que el Programa actualmente se encuentra en proceso de estudio y validación de nuevos instrumentos de tamizaje para edades más tempranas, el importante volumen de matrícula de Kínder y 1° básico y la mayor facilidad para la comprensión, se determina que para el presente año se continúa privilegiando la intervención en Kínder y 1° básico.

Para el 2013, de acuerdo a coberturas y posibilidades de recursos profesionales y económicos, en las regiones se debe programar atención de problemas visuales según los siguientes criterios:

- Pesquisas focalizadas en Pre-Kínder, Kínder, 1° Básico.
- Autopesquisa 6° Básico.
- Screening a la pesquisa del profesor en Kínder en caso que este curso no haya sido elegido como barrido.
- Screening a la pesquisa del profesor en Pre-Kínder
- Screening a la Autopesquisa de 6° Básico.
- Screening de barrido según disponibilidad de recursos en Kínder o 1° básico en comunas y escuelas urbanas con alta cobertura de matrícula en este curso. *El barrido debe ser sólo en uno de los dos cursos antes mencionados.*

Pesquisa para derivación a Screening	
Curso	%
Pre-Kínder	5
Kínder	8
1° Básico	12
6° Básico	7

En esta especialidad se mantienen, al igual que el año anterior, en general todos los procedimientos técnicos y administrativos, que se enmarcan en la Actualización de Normas de Control de la Patología de Oftalmología, que respaldan las decisiones técnicas regionales.

Ante situaciones especiales, no consideradas en las Normas Técnicas y/o presentes Orientaciones 2013, estas deben ser consultadas y autorizadas por DN del Programa.

#### **Consideraciones para la programación y gestión del área:**

- Asegurar (100%) que los niños derivados por Screening a especialista, logren ser atendidos.
- Recordar que para efectos de programación, es indispensable que cada región tenga claridad respecto de la calidad y cantidad de la digitación de la información 2012.
- Identificar listado de controles bianuales tempranamente y por comuna a fin de tenerlo como insumo para las licitaciones en oftalmología por Tecnólogo Médico.
- Identificar listados de controles para la retroalimentación oportuna de escuelas y comunas.
- La estimación de atenciones para controles se programa al 90% de la cobertura total que arroje el sistema de información de salud.
- No olvidar el % regional de inasistencias a controles: con apoyo del sistema informático se obtiene el listado de los inasistentes.
- Elaborar un sistema de seguimiento y control para lentes de contacto, que considere:
  - Año
  - Comuna
  - Nombre de usuario e identificación
  - Ingreso / Control
  - Tipo de lentes indicado
  - Cantidad de lentes indicados por usuario
  - Nº de veces que ha recibido cambios o reposiciones

Este registro será solicitado a la región en visita de supervisión y auditorías institucionales.

- Convenio Marco para la compra de lentes.
  - Último año de continuidad.
  - Actualizar acuerdos complementarios en relación a evaluación obtenida en año 2012, de cada una de las Ópticas con las que trabajó la Región.
  - Para la actualización de acuerdos complementarios considerar que los días a contabilizar para establecer multas, deben ser de 15 días corridos, a partir de la Orden de Compra.
  - El presente año, la receta oftalmológica incluye la fecha de entrega al beneficiario con la firma del estudiante o apoderado que recibe el lente. Esto implicará que los coordinadores regionales deberán capacitar a los encargados de locales para registrar esta valiosa información y de esta manera obtener insumos para el indicador de entrega de lentes en 45 días, que para el 2013 es transversal a todas las regiones.
  - El Sistema de Lentes, incluirá en sus reportes, información clave para alimentar el indicador de 45 días corridos, lo que deberá facilitar la obtención de dicho indicador a las regiones que tienen entrega de lentes vía indirecta.
- En caso de reparaciones o reposiciones de lentes: se continúa entregando este apoyo a los usuarios que lo requieran y en cualquier momento del año. Esta acción podrá ser autorizada por el coordinador regional de servicios médicos considerando alguno de estos criterios que fundamenten este servicio:
  - Situación económica del niño
  - Motivo de la necesidad de reposición
  - Respaldo desde la escuela
  - Asistencia a controles
  - Evaluar estado del lente
  - Presupuesto regional del área
- Se deberá implementar el monitoreo con corte a 3 meses sobre la cantidad de días que demora la región en la entrega de lentes, (45 días corridos desde la orden de compra hasta la entrega directa al usuario, con sus respectivos verificadores de entrega).

- Cada Región deberá efectuar una evaluación del comportamiento de las Ópticas con las que trabaja, a fin de determinar la continuidad o posibilidad de cambio. Esta acción es muy importante para asegurar la calidad y la oportunidad de entrega de los lentes.
- Se deberá supervisar a cada prestador del área al menos una vez al año verificando el cumplimiento de sus obligaciones según contrato, dejando Pauta de Supervisión como verificador. (Ver punto 4.7 Énfasis N°2 )

## II. Otorrino

### Objetivo:

*Pesquisar, diagnosticar y otorgar tratamiento integral al alumno (a) que presenta algún grado de pérdida auditiva (hipoacusia) dando continuidad a los controles médicos y sus tratamientos.*

El mayor porcentaje de patologías en esta área son las hipoacusias neurosensoriales y las mucositis timpánicas.

Al momento de ingresar al sistema educacional, los niños ya presentan la patología, por esta razón la pesquisa en Pre Kínder y Kínder es fundamental a fin de asegurar un tratamiento oportuno.

### Para el año 2013:

- Pesquisa en *Pre Kínder, Kínder y 1º Básico* a través de aplicación de encuesta para padres.
- Screening a la pesquisa de *Pre Kínder, Kínder y 1º Básico*.
- En la medida de contar con recursos profesionales realizar screening de barrido en *Pre Kínder, sólo con emisor otoacústico y focalizado en escuelas urbanas*.

Pesquisa para derivación a Screening	
Curso	%
Pre-Kínder	4
Kínder	4
1º Básico	8

En esta especialidad se mantienen, al igual que el año anterior, en general todos los procedimientos técnicos y administrativos, que se enmarcan en las *Normas de Control de la Patología de Otorrino*, vigentes y respaldan las decisiones técnicas regionales.

Ante situaciones especiales, no consideradas en las Normas Técnicas y/o presentes Orientaciones 2013, estas deben ser consultadas y autorizadas por DN del Programa.

### Considerar para la programación y gestión del área:

- Respecto a los Screening, tanto para Audiometrías Universales como para Emisiones Otoacústicas EAO, es fundamental efectuar gestión regional anticipatoria que asegure una adecuada cantidad de profesionales Tecnólogos ORL y/o Fonoaudiólogos a nivel regional, que permitan en el menor tiempo posible atender toda la demanda de cada una de las comunas de sus territorios.
- Según datos objetivos de los últimos años, se observa a nivel país, un excesivo periodo de latencia entre pesquisa/screening y atención médica. En este sentido, se solicita NO postergar ni dejar para el final, la gestión de coberturas de menor volumen como las que implica esta área, dado que el

comportamiento de las patologías asociadas, presentan una alta recurrencia estacionaria, lo que exige al Programa y Direcciones Regionales ser oportuno y resolutorio en su abordaje.

- Previo a la realización de cualquier tipo de screening en el área, el Coordinador de Servicios Médicos deberá asegurar la certificación actualizada de los audiómetros y fonos.
- Para la realización de las atenciones médicas es necesario cautelar desde el Programa el adecuado espacio físico, ya sea en dependencias de la comuna, consultorio, consulta particular del médico. Resguardando también la realización de los exámenes (audiometrías, impedanciometrías)
- Se refuerza la modalidad de atención del especialista, que incluye como primera acción la atención del médico otorrinolaringólogo, luego de su anamnesis se indicarán los exámenes (audiometrías, impedanciometrías) que correspondan, a fin de definir el diagnóstico y tratamiento a seguir por parte del beneficiario.
- En el caso de atenciones masivas, como campañas, operativos de comunas con gran dispersión geográfica, se podrá aceptar la modalidad de atención, que se inicia con audiometría previa a la atención médica. Ello en la perspectiva de brindar una atención con resolución inmediata. Esta estrategia deberá ser comunicada y autorizada por la Coordinación Nacional.
- Los controles se programan al 90% de toda la cobertura obtenida del sistema de información de salud, incluyendo en forma especial a los niños(as) con Audífonos e Implantes Coclear y estudiantes inasistentes durante el 2012.
- Se debe asegurar la programación y atención prioritaria a los escolares usuarios de Audífonos y aquellos alumnos de comunas de difícil acceso y alumnos Hipoacúsicos de 4° Medio.
- No olvidar que los Controles obligatorios para los alumnos usuarios de Audífonos deben realizarse primero con las Atenciones Médicas y luego los Controles Electroacústicos, esto facilita despejar Tapones de Cerumen, procesos inflamatorios, tener audiometrías actualizadas, etc.
- Los casos de demanda para Implante Coclear a nivel regional deberán seguir el protocolo establecido para este fin, de tal manera de no generar expectativas en padres y comunidad escolar.
- Se debe elaborar un sistema de seguimiento y control para Audífonos , que considere:
  - o Año
  - o Comuna
  - o Nombre de usuario e identificación
  - o Ingreso / Control
  - o Marca, Modelo
  - o Tipo de Pérdida Auditiva ( Severa- Moderada – Profunda- Sordera )
  - o Indicación uni o bilateral
  - o Nº de veces que ha recibido cambio o reparación
  - o Registro de si recibió control acústico.

Este registro será solicitado a la región en visita de supervisión y auditorías institucionales.

### **Cirugías**

Para el presente año, el programa continuará reforzando y apoyando la realización cirugías en el área de Otorrino en patologías asociadas a hipoacusia, Tímpano plastias y Mucositis timpánica, que estén debidamente diagnosticadas por un especialista del programa.

El valor a cancelar, al igual que otros años, debe ser integral, es decir, incluir exámenes preoperatorios (hemograma, VHS, etc.), control médico post operatorio, anestesia, pabellón y cama recuperación.

Importante señalar que este año se podrá asignar presupuesto para Cirugías a todas las regiones principalmente para resolver todas las Cirugías pendientes del 2012 y continuar con aquellas indicaciones que se vayan generando durante el presente año.

Al respecto es importante tener presente:

- Los montos para cirugía deberán ser solicitados a la DN en la programación durante el mes de Marzo y la ejecución de dichos montos debe ser del 80% o más al mes de Octubre del año 2013.

- De no cumplir con estos requisitos, serán retirados los fondos y redistribuidos a nivel nacional.

### III. Columna

#### Objetivo:

*Detectar, diagnosticar, tratar y controlar alteraciones en el desarrollo de la columna que deriven en deformidades de ésta, principalmente escoliosis y dorsos curvos severos.*

Año 2013:

Pesquisa sólo en 7º básico.

- Screening al 100% de la pesquisa.
- Screening de barrido en 7º básico en comunas y escuelas de mayor matrícula.

Pesquisa para derivación a Screening	
Curso	%
7º Básico	7

En esta especialidad se mantienen, al igual que el año anterior, en general todos los procedimientos técnicos y administrativos, que se enmarcan en las *Normas de Control de la Patología de Columna* que respaldan las decisiones técnicas.

Ante situaciones especiales, no consideradas en las Normas Técnicas y/o presentes Orientaciones 2013, estas deben ser consultadas y autorizadas por DN del Programa.

#### Considerar para la programación y gestión del área:

- De igual manera que en Otorrino, se requiere NO postergar ni dejar al último, la gestión de coberturas de menor volumen como las que implica esta área, que resulta altamente delicada de acuerdo a los tratamientos que requiere. Se ha detectado que muchos alumnos quedan con procesos inconclusos o definitivamente nunca vistos, agravando su diagnóstico y recuperación
- Reiterar que el médico traumatólogo local debe derivar ingresos y controles de casos con desviaciones mayores a 20º en Escoliosis y mayores a 55º en Dorso Curvo.
- La Coordinación Regional de SSMM debe remitir directamente estas radiografías a expertos.
- La Dirección Nacional, devuelve los resultados e indicaciones a seguir de cada caso a la región respectiva. Lo anterior, se da en el caso de las regiones que operan actualmente con el experto de columna de Santiago.
- Es tarea clave del Coordinador de SSMM, es llevar un *exhaustivo control* y monitoreo de los casos que tiene en vigilancia para expertos. Lo anterior a fin de asegurar su fecha de próximo control, cambio de tratamiento, evolución del mismo.
- Se debe elaborar un sistema de seguimiento y control para Corsé, que considere:
  - Año
  - Comuna
  - Nombre de usuario e identificación
  - Ingreso / Control
  - Diagnóstico
  - Tipo de Corsé
  - Nº de veces que ha recibido cambio o reparación

Este registro será solicitado a la región en visita de supervisión y auditorías institucionales.

- Si al Análisis de la Conducta a seguir por expertos, se resuelve indicación de cirugía, será importante informar y orientar a los padres para promover y derivar al AUGE.

- Una vez que las fichas de alumnos con indicación de cirugía son llevados al Hospital Luis Calvo Mackenna, el Coordinador de Salud regional deberá tomar contacto con el Policlínico de escoliosis de dicho recinto a fin de coordinar horarios de control y evaluación final para cirugía. El teléfono directo es 25756156.
- El traslado y estadía de los alumnos que deben y logran ser intervenidos por Auge, no es responsabilidad de JUNAEB, no obstante la coordinación regional, podrá colaborar con gestiones locales para ello.
- Algunas posibilidades para explorar alojamiento en caso de requerir estadía:
  - Tomar contacto con Asistente Social del Hospital. Fono: 25755827-25755825
  - trabajosocial@calvomackenna.cl
  - Residencial Providencia: Fono: 22220533
  - Hogar Don Guanela Fono: 26460272
- Respecto a los screening, especialmente a fin de efectuar barridos, es fundamental efectuar gestión regional anticipatoria, que asegure una adecuada cantidad de profesionales Kinesiólogos a nivel regional, permitiendo así, atender toda la demanda de cada una de las comunas de sus territorios en el menor tiempo posible.
- Se requiere ampliar y reforzar el trabajo con Universidades en esta área, a fin de lograr cubrir todas las necesidades de pesquisa /screening.
- Los controles se programan al 90% de toda la cobertura obtenida del sistema de información de salud, incluyendo en forma especial a los niños(as) con corsé, kinesioterapia y plantillas de realce.

## 6. HITOS Y METAS

### 6.1. Del Programa a nivel regional

El presente año cada Dirección Regional deberá reportar a la Dirección Nacional, un conjunto acotado de metas por trimestre, asociadas a etapas de desarrollo e implementación del propio Programa. Se mantiene el sistema de calidad como único Informe Final de la Gestión Regional a ser completado a fin de año.

#### Marzo a Junio

Hitos	Meta	Cumple /No cumple
1. Contar con los convenios y su resolución respectiva	90% al 30 de Mayo	
2. Subir Programación Regional en plataforma informática consensuada con DN	30 de Abril	
3. Ingreso de datos de pesquisa en sistema informático	90% al 30 Junio	
4. Screening en cada especialidad. Oftalmología, Columna, Traumatología	50 % de lo programado por especialidad al 30 de Junio	
5. Focalización screening por especialidad	80% del screening realizado al 30 de junio focalizado en cursos prioritarios	
6. Jornadas de Programación y entrega de Orientaciones con todos los Coordinadores Comunales /APS/Red intersectorial.	Realiza Jornada al 30 de Marzo	
7. Registro mensual de cobertura en plataforma Informática de cobertura y monitoreo de presupuesto (PCM)	Registra el 100 % de los meses en fecha comprometida	

• Marzo y Abril	Hasta el 20 de Mayo	
• Mayo	Hasta el 20 de Junio	
• Junio	Hasta el 20 de Julio	
8. Ingreso de Encuestas Usuario al 30 de Junio en Plataforma.	Ingresa 15 % de la meta programada regional en cada Encuesta	
9. Informe de Avance de supervisiones comprometidas del programa	Envía Informe al 30 de Junio	

#### Julio a Septiembre

Hitos	Meta	Cumple /No cumple
1. Reporte de Avance en la entrega de lentes en 45 días corridos, del periodo Marzo a Junio	Al 30 de Julio	
2. Cierre Screening en 3 especialidades	El 80% o más a Agosto por cada especialidad	
3. Realización de ingresos de las tres especialidades	70% al 30 Sept. por especialidad	
4. Realización de controles de las tres especialidades	90 % al 30 Sept. por especialidad	
5. Subir mensualmente cobertura en plataforma de cobertura y monitoreo de presupuesto (PCM)	Registra el 100 % de los meses en fecha comprometida.	
• Julio	Informa al 20 de Agosto	
• Agosto	Informa al 20 de Sept.	
• Septiembre	Informa al 20 de Oct.	
6. Ingreso de Encuestas Usuario en Plataforma	50 % de la meta programada en cada Encuesta 30 Sept.	
7. Informe de Avance de supervisiones programa	Cumple con envío al 30 de Sept.	

#### Octubre – Diciembre

Hitos	Meta	Cumple /No cumple
1. Reporte de Avance en la entrega de lentes en 45 días corridos, del periodo Julio a Septiembre	Al 30 de Octubre	
2. Realización de ingresos de las tres especialidades	90% o más al 15 de Noviembre	
3. Realización de controles de las tres especialidades	95% o más al 30 de Noviembre	

4. Registro mensual de cobertura en plataforma de cobertura y monitoreo de presupuesto (PCM)	Registra el 100 % de los meses en fecha comprometida	
• Octubre	Hasta al 20 Noviembre	
• Noviembre	Hasta el 20 Diciembre	
• Diciembre	Hasta 20 Enero	
5. Ingreso de Encuestas Usuario	90 % o más de la meta programada en cada Encuesta	
6. Reporte de Avance en la entrega de lentes en 45 días, del periodo de Octubre a Diciembre	Al 30 Enero 2014	
7. Reporte Sistema de Calidad con corte al 30 de Diciembre.	Registro en Sistema al 15 de Enero 2014	
8. Jornada de Evaluación y cierre con toda la Red local	Realiza Jornada al 30 Diciembre	
9. Informe de Avance de supervisiones programa	Cumple con envío al 30 Diciembre	

## 6.2. Del Programa a nivel nacional

El Equipo del Nivel Nacional de Servicios Médicos, contempla para el año tareas claves que impacten al mediano plazo en una mejor gestión tales como:

- Elaboración Nuevo Convenio Marco Lentes y Audífonos
- Trabajo conjunto a Chile Compras, Departamento de Gestión de Compras y Equipo de Servicios Médicos para elaboración de Convenio Marco No AUGE
- Realización de Consultivos para actualización de Normas Técnicas.
- Alianzas con Universidades para posibles estudios e investigación.

## 7. PROGRAMACIÓN SUBTÍTULO 24: PRESUPUESTO Y COBERTURAS PROGRAMADAS

La programación preliminar de cobertura y presupuesto regional del año 2013, considera:

1. Prevalencias e incidencias por especialidad, informadas en este documento.
2. Matrículas de cursos focalizados, informadas según planillas de programación regional año 2012.
3. Datos de programación de screening auditivo 2012.
4. Reportes de sistema de salud.
5. Estimación de controles en función de programación 2012.
6. Histórico de porcentajes de indicaciones en las tres áreas.
7. Valores regionales informados en planillas de programación año 2012.
8. Ejecución presupuestaria y resultados de coberturas año 2012.

Los puntos antes señalados constituyen insumos importantes para elaborar la Programación que cada Región debe llevar a cabo. En este sentido se debe poner especial atención en la matrícula a utilizar, dado que es muy diferente realizar el cálculo con matrícula SIGE, respecto a la que efectivamente dice relación con las escuelas participantes de su región y que están en el sistema informático.

Considerando lo anterior, la fecha tope para subir la Programación consensuada con la DN en la plataforma Monitoreo y Control Presupuestario es el día 30 de Abril del 2013. Por lo anterior y previo a esta fecha, cada Dirección Regional deberá remitir su programación preliminar a las profesionales del Área de Servicios Médicos del DSE, Dirección Nacional, a fin de proceder a los ajustes y modificaciones que ello conlleva.

Presupuesto 2013, según los siguientes productos estratégicos:

**Área Oftalmología:**

1. Atenciones Oftalmología: incluye Atenciones médicas de ingreso y control.
2. Screening: incluye sólo screening visual
3. Lentes: incluye Lentes ópticos, de contacto, reparaciones y/o reposiciones.
4. Otros Oftalmología: ejercicios ortópticos.

**Área Otorrino:**

1. Atenciones Otorrino: incluye Atenciones médicas de ingreso y control.
2. Screening: incluye sólo screening auditivo
3. Audífonos: incluye compra de audífonos, servicios de mantención y reparación y el plan de adaptación de audífonos
4. Otros Otorrino: incluye exámenes de audiometría, impedanciometrías, radiografías cavum, perinasal y BERA.
5. Cirugía: se contempla aquellas cirugías requeridas en otorrino y cirugías de implante coclear.
6. Medicamentos.

**Área Columna:**

1. Atenciones Columna: incluye Atenciones médicas de ingreso y control.
2. Screening: incluye sólo screening de columna
3. Otros Columna: incluye compra Radiografías de columna y kinesiterapia
4. Corsé y Realce: incluye la compra de Corsé y plantillas de realce.

OFTALMOLOGIA					
REGIÓN	SCREENING	ATENCIONES	LENTEs	OTROS OFTALMO	TOTAL AREA/REGION
		Ingreso/Control	Lentes Ópticos/ Lentes de Contacto/ Reparación y Reposición	Ejercicios Ortópticos	
Total Región Tarapacá	2.132.599	39.399.688	49.533.287	244.278	91.309.852
Total Región Antofagasta	2.922.572	44.652.900	56.137.626	276.848	103.989.946
Total Región Atacama	1.884.263	19.302.300	24.266.852	119.674	45.573.089
Total Región Coquimbo	3.838.753	45.479.186	57.176.433	281.971	106.776.343
Total Región Valparaíso	9.416.708	104.226.900	131.034.059	646.207	245.323.873
Total Región Lib. B. O'Higgins	6.597.615	46.623.000	58.614.436	289.063	112.124.113
Total Región Maule	6.857.460	75.738.300	95.218.191	469.577	178.283.528
Total Región Biobío	13.225.320	174.533.700	219.423.768	1.082.109	408.264.897
Total Región Araucanía	7.597.929	127.201.800	159.918.103	788.651	295.506.483
Total Región Los Lagos	4.404.649	79.590.300	100.060.925	493.460	184.549.334
Total Región Aysén	657.135	19.867.861	24.977.875	123.181	45.626.051
Total Región Magallanes	1.014.050	12.887.400	16.202.039	79.902	30.183.391
Total Región Metropolitana	48.051.010	336.603.000	423.177.292	2.086.939	809.918.240
Total Región Los Ríos	2.242.057	56.547.600	71.091.643	350.595	130.231.895
Total Región Arica y Parinacota	1.839.026	31.320.500	39.376.133	194.187	72.729.846
	<b>112.681.146</b>	<b>1.213.974.434</b>	<b>1.526.208.659</b>	<b>7.526.641</b>	<b>2.860.390.881</b>

OTORRINO					
REGIÓN	SCREENING	ATENCIONES	OTROS OTORRINO	AUDIFONOS	TOTAL AREA/REGION
		Ingreso/Control	Audiometría/ Impedanciometría/ Rx/Beras	Audífonos/ PAA/ Mantenimiento y Reparación	
Total Región Tarapacá	2.725.500	6.104.474	5.840.931	14.145.297	28.816.202
Total Región Antofagasta	1.197.000	9.638.055	9.221.960	19.485.191	39.542.207
Total Región Atacama	1.009.500	2.048.558	1.960.117	4.959.872	9.978.046
Total Región Coquimbo	1.570.500	10.095.057	9.659.233	20.752.379	42.077.169
Total Región Valparaíso	4.881.000	16.811.982	16.086.174	37.015.621	74.794.777
Total Región Lib. B. O'Higgins	5.089.500	12.691.850	12.143.916	29.466.494	59.391.760
Total Región Maule	2.586.000	9.540.963	9.129.060	20.807.298	42.063.321
Total Región Biobío	6.448.500	18.920.385	18.103.553	42.693.159	86.165.598
Total Región Araucanía	3.076.500	10.267.898	9.824.611	22.710.673	45.879.682
Total Región Los Lagos	2.455.500	7.423.772	7.103.272	16.670.523	33.653.067
Total Región Aysén	424.500	3.203.199	3.064.910	6.504.798	13.197.408
Total Región Magallanes	357.000	1.572.305	1.707.303	3.649.853	7.286.461
Total Región Metropolitana	15.181.500	42.500.349	40.665.522	96.655.222	195.002.593
Total Región Los Ríos	646.500	6.031.724	6.549.609	13.257.018	26.484.852
Total Región Arica y Parinacota	409.500	2.307.191	2.207.584	4.797.687	9.721.962
	<b>48.058.500</b>	<b>159.157.759</b>	<b>153.267.758</b>	<b>353.571.087</b>	<b>714.055.104</b>

COLUMNA				
REGIÓN	SCREENING	ATENCIONES	OTROS COLUMNA	TOTAL AREA/REGION
		Ingreso/Control	Kine/Radiografías	
Total Región Tarapacá	1.103.130	2.748.974	3.133.830	6.985.933
Total Región Antofagasta	1.984.185	4.999.848	3.899.881	10.883.914
Total Región Atacama	1.259.055	2.229.744	1.739.200	5.227.999
Total Región Coquimbo	2.846.025	7.376.820	5.753.920	15.976.765
Total Región Valparaíso	6.196.365	13.744.729	15.668.990	35.610.084
Total Región Lib. B. O'Higgins	4.487.805	5.750.244	4.485.190	14.723.239
Total Región Maule	4.497.885	5.698.308	4.444.680	14.640.873
Total Región Biobío	9.638.685	11.648.448	9.085.789	30.372.922
Total Región Araucanía	4.958.100	15.816.480	12.336.854	33.111.434
Total Región Los Lagos	3.521.385	4.737.108	3.694.944	11.953.437
Total Región Aysén	471.870	1.682.496	2.523.744	4.678.110
Total Región Magallanes	513.135	1.475.508	1.682.079	3.670.722

Total Región Metropolitana	30.934.575	36.545.160	28.505.225	95.984.960
Total Región Los Ríos	1.869.179	5.492.843	6.261.841	13.623.862
Total Región Arica y Parinacota	1.002.960	2.459.868	1.918.697	5.381.525
	<b>75.284.339</b>	<b>122.406.577</b>	<b>105.134.866</b>	<b>302.825.781</b>

## 8. CAPACITACIÓN A TERCEROS

El objetivo de esta línea de trabajo, tiene como finalidad implementar actividades con diversos actores y entidades locales vinculadas al programa, que permitan a través del desarrollo de Jornadas, Talleres y reuniones entregar en forma permanente y oportuna, orientaciones y elementos teóricos y prácticos a los actores que nos apoyan en la gestión de nuestro programa en cada una de las comunas y Escuelas del país.

Para el presente año se enfatiza realizar las siguientes actividades:

1. Capacitación en la gestión técnica del Programa orientada a Coordinadores Comunales.
2. Capacitación sobre aplicación del instrumento de pesquisa en el área auditiva: "Encuesta para padres y apoderados", especialmente en aquellas comunas en que la pesquisa fue compleja.
3. Capacitación sobre uso de plataforma informática, para el registro de datos de beneficiarios de JUNAEB, dirigido a prestadores con contrato.
4. Talleres con Centro de Alumnos de Enseñanza Media para apoyo y seguimiento de controles y tratamientos.
5. Trabajo con padres y apoderados a fin de sensibilizarlos en el uso y valoración del tratamiento entregado por el Programa.
6. Jornadas de difusión sobre el Programa de Salud, dirigido a estudiantes de pregrado de Universidades regionales, en el contexto de establecer alianzas de colaboración.

## 9. CONTROL DE PROGRAMAS

El Área de Servicios Médicos, contempla intencionar la realización de estudios y evaluaciones que permitan recoger insumos para mejorar la gestión técnica y administrativa de los Programas, de manera de favorecer la calidad de las prestaciones y atención a los estudiantes.

Para el año 2013, se propone realizar las siguientes acciones:

1. Análisis de datos históricos que recoge el Área, a fin de realizar un estudio actualizado de prevalencias e incidencias en las tres especialidades de Servicios Médicos.
2. Realizar auditoría a la calidad de los lentes.
3. Análisis de uso y valoración de tratamiento.
4. Auditoría en uso y mejora del tratamiento de corsé.

## 10. MARCO NORMATIVO DEL PROGRAMA

### MARCO REGULATORIO:

El Marco Regulatorio para el Área de Servicios Médicos se basa en:

- Ley de Presupuesto año 2013 y su respectiva Glosa.
- Resolución Exenta N° 139 de fecha 17.01.2007 que aprueba Reglamento sobre destino y ejecución de los recursos considerados en el Programa de Salud Escolar de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
- Resolución Exenta N° 2901 de fecha 14 de Agosto de 2012 que " Aprueba Actualización de la Normas Oftalmológicas del Programa de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas "
- Resolución Exenta N° 3378 de 19 de Octubre de 2012 que " Modifica la Resolución Exenta N° 139 de fecha 17 de Enero de 2007 sobre destinos y ejecución de los recursos considerados en el Programa de Salud Escolar de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.

- Resolución Exenta N° 3129 de fecha 11 de Septiembre de 2012, “Aprueba Programa de Implante Coclear para estudiantes Hipoacúsicos del Programa de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
- Manual de Operaciones para Servicios Médicos M-DSE-CSM001
- Normas de Control de Patologías 2009 para las tres especialidades: Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia. Actualmente, están publicadas en :  
<http://www.juaneb.cl/prontus/Juaneb/site/artic/201000121/pags/20100121112647.html>
- Ley N° 19.886 de Bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.

#### 11. ENCARGADOS NACIONALES/REGIONALES.

##### DISTRIBUCIÓN PRELIMINAR

REGIÓN	ENCARGADA (O) SERVICIOS MÉDICOS, DSE -DIRECCIÓN NACIONAL	ENCARGADA (O) REGIONAL SERVICIOS MÉDICOS, URSE – DIRECCIÓN REGIONAL
Arica y Parinacota	Alejandra Vidal J.	Rodrigo Vásquez R.
Tarapacá	Cecilia Silva A.	Gabriela Rojas L.
Antofagasta	Cecilia Silva A.	Rosanna Castro O.
Atacama	Cecilia Silva A.	Regina Zumarán L.
Coquimbo	Roxana Carvajal Y.	Elizabeth Bergel C.
Valparaíso	Roxana Carvajal Y.	Roberto Bravo M.
Metropolitana	Alejandra Vidal J.- Cecilia Silva A.	Alejandro Almonacid S.
Del Libertador Bernardo O'Higgins	Roxana Carvajal Y.	Camilo Hermosilla V.
Maule	Roxana Carvajal Y.	Francisca Arenas M.
Biobío	Alejandra Vidal J.	Nancy Soto O.
La Araucanía	Alejandra Vidal J.	Sandra Arce R.
Los Ríos	Cecilia Silva A.	Ana Cofré C.
Los Lagos	Alejandra Vidal J.	Vivianne Sánchez I.
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	Cecilia Silva A.	Silvio Aguirre P.
Magallanes y la Antártica Chilena	Cecilia Silva A.	Sara Miranda T.

## CONTROL DE GESTIÓN Y DE PRESUPUESTO

### 1. INTRODUCCIÓN

El sistema de Control de Gestión del Departamento de Salud del Estudiante, tiene como uno de sus propósitos para el año 2013 proseguir en la incorporación del llamado círculo de Calidad de Deming, presentado con más detalle en las Orientaciones Técnico Programáticas del año 2012, el cual en resumen implica incorporar en la gestión regular del Departamento las etapas de planificación y programación de las funciones a realizar, ejecución oportuna y de calidad de cada programa, el adecuado control de la puesta en marcha de los Programas, sus resultados y, finalmente la introducción de las mejoras pertinentes previa evaluación de resultados.

Lo anterior continúa siendo un desafío importante, ya que en la actualidad la principal atención y esfuerzos están orientados a la ejecución de los Programas y proyectos, estando pendiente avanzar más aún en la estandarización de procesos, en el control de la programación de hitos, coberturas, presupuesto, entre otros, dedicando mayor tiempo y atención a las actividades de análisis y evaluación de los Programas.

El año 2012 se produjeron interesantes avances en esta Unidad, específicamente en Control de Gestión se prosiguió instaurando de manera formal sus funciones, se creó como se explicará más adelante, el Tablero de Indicadores de Salud, con sus respectivas fichas, metas, resultados, entre otros aspectos desarrollados y se inició el proceso de reformulación de nuevas versiones de los Manuales de Procedimientos de cada uno de los Programas de Salud o creación de los inexistentes, lo cual ayuda a ordenar y racionalizar los procesos, introduciendo mejoras. Esta tarea aún está en proceso de desarrollo y oportunamente se darán a conocer.

En relación al Control Presupuestario se incorporó una profesional que se hace cargo de esta función, lográndose una mejor programación del Plan de Compras y su respectivo control a fin de optimizar los recursos asignados, así como en el seguimiento a las licitaciones y otras compras a través del Portal Mercado Público, teniendo una participación activa en la elaboración de los términos de referencia de los servicios a contratar.

### 2. FUNCIONES GENERALES

Es una Unidad de trabajo transversal que tiene las funciones de:

- a. Apoyar al (la) Jefe (a) del Departamento de Salud del Estudiante en todos los temas de control de gestión y presupuesto del DSE.
- b. Realizar procesos de levantamiento de información, análisis y evaluación periódica de avances y resultados finales de los Programas, principalmente a través de diversos Indicadores y manejo de información estadística. Proponer nuevos Indicadores que permitan un mejor control y aseguramiento de resultados o eventualmente la eliminación de los que ya cumplieron su objetivo.
- c. Monitorear y evaluar la pertinencia y el cumplimiento de todos los Indicadores comprometidos por el Departamento y que responden a diversas herramientas de Control de Gestión, tales como Indicadores H, Tablero de Control, Matriz de Riesgo, Incentivos Colectivos, PMG. El control del cumplimiento de los Indicadores implica entre otros aspectos, cruzar la información recibida con otras fuentes de información para determinar su validez, revisar medios de verificación establecidos y revisar muestralmente las fuentes de información que alimentan el resultado de los Indicadores.

- d. Solicitar a las diferentes Áreas Programáticas del Departamento el análisis de causa de los incumplimientos de las metas establecidas en los diversos Indicadores controlados, junto a los respectivos Planes de mejora, analizar esta información, retroalimentar cuando sea correspondiente y realizar el seguimiento al cumplimiento de los compromisos de mejora establecidos.
- e. Evaluar y proponer a la jefatura necesidades de mejoras que permitan optimizar los procesos de gestión del Departamento, tales como actualizaciones de Manuales de Procedimientos, Instrucciones de Trabajo u otros.
- f. Actuar como contraparte técnica de la Unidad de Control de Gestión, de la Coordinación de Programas y del Departamento de Planificación, en temas de planificación, control de gestión y mejoras departamentales.
- g. Actuar como contraparte técnica de la Unidad de Finanzas y de Presupuesto del Departamento de Gestión de Recursos en temas financieros y presupuestarios.
- h. Liderar el proceso de formulación presupuestaria del Departamento, realizar control presupuestario mensual y gestionar las modificaciones a los presupuestos regionales de cada Programa del Departamento.
- i. Coordinar, consolidar, analizar y controlar la programación de coberturas y su ejecución, en cada uno de los Programas del Departamento de Salud.
- j. Realizar estudios de precios u otros que permitan apoyar en temas financieros y presupuestarios a los Programas de Salud.

### 3. SISTEMA DE CONTROL DE GESTION 2013 MEDIANTE MEDICIÓN DE INDICADORES

El desarrollo y medición de Indicadores a través de las diversas formas de realizar Control de Gestión, será la siguiente:

#### a. Indicadores H

El **PMG de Planificación y Control de Gestión** denominado "Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional" contempla dos tipos de Indicadores que conforman el llamado Sistema de Información de Gestión (SIG) que deben ser llevados por todos los servicios públicos y que son los siguientes:

- Indicadores H (Hacienda), se comprometen con la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda y su aprobación está asociada a un incentivo económico en las remuneraciones de los funcionarios públicos.
- Indicadores Generales que exige este organismo pero que por lo pronto controla de manera ocasional y generalmente al azar, ya que se entiende que cada Servicio Público debe autocontrolar su gestión de manera permanente. Para los efectos de este PMG, los Indicadores definidos más adelante, relacionados con el Tablero de Control institucional responden a este requerimiento.

El año 2013 el Departamento de Salud del Estudiante comprometió el siguiente indicador H:

DENOMINACIÓN	FÓRMULA CÁLCULO	META	PONDERACIÓN	VERIFICADOS	PLAZOS DE INFORMES	FORMA DE CONTROL
“Porcentaje de estudiantes atendidos por el Programa de Salud Bucal de JUNAEB egresados con Alta y un componente "C" del Índice COPD final igual a cero”	(N° de estudiantes egresados con alta y un componente "C" del Índice COPD final igual a cero en el año t/N° total de estudiantes atendidos por el Programa de Salud Bucal de JUNAEB en el año t)*100	91% Se informa desagregado por región y sexo.	20% de la ponderación total de Indicadores H JUNAEB	Base de Datos del Sistema Informático de Salud Oral e Informe Ejecutivo del Programa de Salud del Estudiante.	1ER AVANCE: 30 de Junio 2013. 2DO AVANCE: 31 de octubre 2013 RESULTADO FINAL: 31 de diciembre 2013.	<b>Se controla a nivel de la Dirección Nacional</b> , por lo tanto las DD.RR. no estarán comprometidas para emitir informes de avances o resultados, debiendo concentrarse en una oportuna y eficiente ejecución del Programa. Este indicador también está incorporado al Tablero de Control.

#### b. Incentivos Colectivos 2013.

Son Indicadores comprometidos directamente por cada centro de responsabilidad, es decir, por cada Dirección Regional y un Indicador de responsabilidad del Departamento de Salud del Estudiante como parte de la Dirección Nacional. Estos compromisos responden a un Convenio de Desempeño Colectivo cuya aprobación está asociada a un incentivo a las remuneraciones de los funcionarios pertenecientes a cada centro de responsabilidad.

Estos Indicadores se miden directamente en cada Dirección Regional, siendo controlados por los UCGI – Regionales y la Unidad de Control de Gestión de la Dirección Nacional, teniendo por lo tanto el Departamento de Salud del Estudiante solamente un rol de facilitador, si es que correspondiera.

Los detalles técnicos de estos Indicadores no se especifican en las presentes Orientaciones Técnico Programáticas, debido a que son propias de cada región.

Cada Dirección Regional se ha comprometido con un Indicador de los mencionados a continuación, salvo la Dirección de la Región del Libertador B. O’Higgins que asumió dos de estos Indicadores de Salud:

- a) Contribuir al control del Programa Habilidades para la Vida (HPV), mediante la aplicación de listas de chequeo evaluativas, con el propósito de verificar el funcionamiento operativo de las entidades ejecutoras al interior de los establecimientos educacionales. Al respecto, es responsabilidad del Departamento de Salud del Estudiante proponer y consensuar con los equipos regionales que asumieron este compromiso los contenidos a incluir en las listas de chequeo evaluativas, debiendo este instrumento estar formalizado y enviado a las Direcciones Regionales respectivas hasta el mes de Marzo del 2013.

- b) Entregar en forma oportuna los recursos del Programa de Salud Oral a las comunas de la región, de manera que los ejecutores cuenten con los recursos programados para cubrir las necesidades con el propósito de contribuir al mejoramiento del Programa.
- c) Entregar en forma oportuna los recursos de altas odontológicas del Programa de Salud Oral a las comunas de la región el año 2013, con la finalidad de que los ejecutores cuenten con los recursos programados para cubrir las necesidades del Programa y de esta forma no afectar la atención de los estudiantes.
- d) Contribuir al mejoramiento de la Gestión Territorial, difusión y seguimiento del Área de Servicios Médicos y Salud Oral a través de la conformación de Mesas de Trabajo Territorial.
- e) Aumentar la digitación oportuna de las nóminas de pesquisa del Área de Servicios Médicos en el sistema integrado de Salud, por parte de los establecimientos de la región, con el propósito de asegurar que los estudiantes pesquisados accedan a screening.
- f) Asegurar al 30 de octubre de 2013 una entrega oportuna, efectiva e integral de atención médica a la población escolar perteneciente a 7° básico de establecimientos educacionales municipales y particulares subvencionados que resulten con problemas posturales, logrando de esta manera promover, prevenir y resolver problemas de salud vinculados al rendimiento escolar.
- g) Aumentar la efectividad del Área de Servicios Médicos, a través de la entrega oportuna de los tratamientos correctores (lentes ópticos) a los estudiantes que cuentan con la prescripción médica correspondiente, *en un plazo máximo de 45 días hábiles desde la fecha de digitación de la receta al sistema informático de lentes.*
- h) Aumentar la efectividad de la especialidad de traumatología, mediante la entrega de atenciones médicas a los estudiantes en control atendidos en el año 2012 que continúan en el Programa en el año 2013.
- i) Compromiso del Departamento de Salud del Estudiante – Dirección Nacional: aumentar la eficacia y eficiencia de la gestión de los Programas de Salud del Estudiante, mediante el envío dentro de los plazos establecidos, de los insumos para la realización de las licitaciones regionales de Servicios Médicos.

**c. Tablero de Control:**

A nivel institucional se está implementado un sistema de Indicadores de gestión, denominado Tablero de Control, cuyos resultados se informan mensualmente a la Coordinación de Programas y esta instancia lo presenta, también mensualmente, al Director Nacional.

Esta herramienta tendrá mucha importancia el año 2013, entregando información periódica de avance y resultados de los Indicadores ahí contenidos, ayudando con esto a las autoridades institucionales y Encargados de Programas a una efectiva y oportuna toma de decisiones. Además, algunos de estos Indicadores se han categorizado como claves y, por lo tanto, son informados periódicamente a MINEDUC y otras autoridades gubernamentales.

El mencionado Tablero estará constantemente en proceso de revisión y generación de mejorar por lo que es importante aclarar que durante el año puede sufrir modificaciones.

Los Indicadores del Departamento de Salud de la Dirección Nacional que conforman actualmente el mencionado Tablero de Control son los siguientes:

DENOMINACIÓN	FORMULA CALCULO	METAS DE AVANCE Y META FINAL ANUAL													FECHAS DE MEDICIÓN	VERIFICADORES																																																																	
Porcentaje de Coberturas ejecutadas en el Departamento de Salud del Estudiante	$\frac{\text{Nº de cobertura ejecutada en el periodo t}}{\text{Nº de cobertura programada en el periodo t}} * 100$	<table border="1" data-bbox="427 351 1211 767"> <thead> <tr> <th>Programa</th> <th>En.</th> <th>Febr.</th> <th>Mar.</th> <th>Abr</th> <th>May</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ag.</th> <th>Sep t.</th> <th>Oct.</th> <th>Nov</th> <th>Dic.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SS.M M.</td> <td>0%</td> <td>1%</td> <td>2%</td> <td>5%</td> <td>10%</td> <td>15%</td> <td>30%</td> <td>35%</td> <td>50%</td> <td>60%</td> <td>80%</td> <td>98%</td> </tr> <tr> <td>S. Oral</td> <td>0%</td> <td>1%</td> <td>2%</td> <td>10%</td> <td>20%</td> <td>40%</td> <td>45%</td> <td>55%</td> <td>70%</td> <td>80%</td> <td>90%</td> <td>98%</td> </tr> <tr> <td>HPV</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>65%</td> <td>85%</td> <td>85%</td> <td>90%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Psico social</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>50%</td> <td>70%</td> <td>75%</td> <td>75%</td> <td>75%</td> <td>80%</td> <td>85%</td> <td>90%</td> <td>95%</td> <td>98%</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="427 829 1211 1385">           Con desagregación regional de cada programa.             Se mide la ejecución en comparación a <b>cobertura preliminar</b> establecida en las presentes Orientaciones (excepto para el Programa HPV que define coberturas anuales en base a propuestas regionales recepcionadas en el mes de Marzo) y también se mide en base a las <b>coberturas programadas definitivas</b> de cada programa, las cuales son aprobadas mediante resolución del Director Nacional al mes de <b>Mayo</b> del año t. Cambios posteriores a esta programación no se reflejan en el denominador de este indicador y podrían ser aprobados de manera excepcional.             En la fecha en la cual los Encargados de Salud nacionales soliciten los informes con las coberturas ejecutadas por cada Dirección Regional, se consolidará la información recabada hasta ese momento quedando fuera las regiones que envíen atrasada esta información, lo cual quedará evidenciado en el momento de presentar los resultados del Tablero de Control a las autoridades institucionales.         </p>													Programa	En.	Febr.	Mar.	Abr	May	Jun	Jul	Ag.	Sep t.	Oct.	Nov	Dic.	SS.M M.	0%	1%	2%	5%	10%	15%	30%	35%	50%	60%	80%	98%	S. Oral	0%	1%	2%	10%	20%	40%	45%	55%	70%	80%	90%	98%	HPV	0%	0%	65%	85%	85%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Psico social	0%	0%	50%	70%	75%	75%	75%	80%	85%	90%	95%	98%	Mensual con desfase de un mes	Cada Encargado de Programas a nivel nacional informa de sus resultados. Fuente de información: Planillas Excel o reporte de los correspondientes sistemas informáticos.
Programa	En.	Febr.	Mar.	Abr	May	Jun	Jul	Ag.	Sep t.	Oct.	Nov	Dic.																																																																					
SS.M M.	0%	1%	2%	5%	10%	15%	30%	35%	50%	60%	80%	98%																																																																					
S. Oral	0%	1%	2%	10%	20%	40%	45%	55%	70%	80%	90%	98%																																																																					
HPV	0%	0%	65%	85%	85%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																																																					
Psico social	0%	0%	50%	70%	75%	75%	75%	80%	85%	90%	95%	98%																																																																					
Porcentaje de ejecución presupuestaria de los programas de Salud – Subtítulo 24”	$\frac{\text{Monto total de presupuesto ejecutado en los Programas de Salud en el periodo t}}{\text{Total del Presupuesto vigente de los Programas de Salud en el periodo t}} * 100$	<table border="1" data-bbox="427 1472 1211 1896"> <thead> <tr> <th>Programa</th> <th>En.</th> <th>Febr.</th> <th>Mar.</th> <th>Abr</th> <th>May</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ag.</th> <th>Sep t.</th> <th>Oct.</th> <th>Nov</th> <th>Dic.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SS.M M.</td> <td>0%</td> <td>1%</td> <td>2%</td> <td>5%</td> <td>10%</td> <td>15%</td> <td>30%</td> <td>35%</td> <td>50%</td> <td>60%</td> <td>80%</td> <td>98%</td> </tr> <tr> <td>S. Oral</td> <td>0%</td> <td>1%</td> <td>2%</td> <td>10%</td> <td>20%</td> <td>40%</td> <td>45%</td> <td>55%</td> <td>70%</td> <td>80%</td> <td>90%</td> <td>98%</td> </tr> <tr> <td>HPV</td> <td>10%</td> <td>25%</td> <td>30%</td> <td>35%</td> <td>35%</td> <td>45%</td> <td>65%</td> <td>65%</td> <td>70%</td> <td>80%</td> <td>90%</td> <td>98%</td> </tr> <tr> <td>Psico social</td> <td>0%</td> <td>5%</td> <td>20%</td> <td>25%</td> <td>40%</td> <td>50%</td> <td>50%</td> <td>60%</td> <td>75%</td> <td>85%</td> <td>90%</td> <td>98%</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="427 1903 1211 2033">           Con desagregación regional.             Se mide la ejecución presupuestaria en relación al presupuesto inicial y vigente asignado a regiones.         </p>													Programa	En.	Febr.	Mar.	Abr	May	Jun	Jul	Ag.	Sep t.	Oct.	Nov	Dic.	SS.M M.	0%	1%	2%	5%	10%	15%	30%	35%	50%	60%	80%	98%	S. Oral	0%	1%	2%	10%	20%	40%	45%	55%	70%	80%	90%	98%	HPV	10%	25%	30%	35%	35%	45%	65%	65%	70%	80%	90%	98%	Psico social	0%	5%	20%	25%	40%	50%	50%	60%	75%	85%	90%	98%	Mensualmente.	Reporte SIGFE de ejecución presupuestaria (devengados)
Programa	En.	Febr.	Mar.	Abr	May	Jun	Jul	Ag.	Sep t.	Oct.	Nov	Dic.																																																																					
SS.M M.	0%	1%	2%	5%	10%	15%	30%	35%	50%	60%	80%	98%																																																																					
S. Oral	0%	1%	2%	10%	20%	40%	45%	55%	70%	80%	90%	98%																																																																					
HPV	10%	25%	30%	35%	35%	45%	65%	65%	70%	80%	90%	98%																																																																					
Psico social	0%	5%	20%	25%	40%	50%	50%	60%	75%	85%	90%	98%																																																																					

"Porcentaje de ejecución presupuestaria de <b>Viáticos programa 02</b> "	(Monto total de presupuesto ejecutado en Viáticos del Programa 02)/(Presupuesto Vigente de Viáticos Programa 02 Salud del Estudiantes, en el período t)*100	<p>METAS:</p> <table border="1" data-bbox="438 249 1209 361"> <thead> <tr> <th>EN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>AB</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEPT</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3%</td> <td>5%</td> <td>10%</td> <td>20%</td> <td>30%</td> <td>40%</td> <td>50%</td> <td>60%</td> <td>70%</td> <td>80%</td> <td>90%</td> <td>98%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Con desagregación regional</p>	EN	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	3%	5%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	98%	Mensualmente	Reporte SIGFE de ejecución presupuestaria (devengados)
EN	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC																	
3%	5%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	98%																	
"Porcentaje de ejecución presupuestaria de <b>Subtítulo 22, Programa 02</b> "	(Presupuesto ejecutado de Subtítulo 22 en el período t)/(Total del Presupuesto vigente en Subtítulo 22 del Programa 02, en el período t)*100	<p>METAS:</p> <table border="1" data-bbox="438 847 1209 959"> <thead> <tr> <th>EN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>AB</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEPT</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3%</td> <td>5%</td> <td>10%</td> <td>20%</td> <td>30%</td> <td>40%</td> <td>50%</td> <td>60%</td> <td>70%</td> <td>80%</td> <td>90%</td> <td>98%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Con desagregación regional</p>	EN	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	3%	5%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	98%		Reporte SIGFE de ejecución presupuestaria (devengados)  <b>Asignación para Pasajes debe ser coherente con Viáticos y plan de supervisión.</b>
EN	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC																	
3%	5%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	98%																	
"Porcentaje de ejecución presupuestaria de <b>Control de Programas - Salud</b> "	(Total presupuesto ejecutado en Control de Programas)/(Total Presupuesto asignado al Depto. Salud del Estudiante en el período t)*100	<p>METAS:</p> <table border="1" data-bbox="438 1345 1209 1457"> <thead> <tr> <th>EN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEPT</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DICI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>5%</td> <td>10%</td> <td>20%</td> <td>25%</td> <td>30%</td> <td>50%</td> <td>60%</td> <td>80%</td> <td>90%</td> <td>98%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Con desagregación regional para Auditorías Odontológicas. El resto del presupuesto se debe obtener mediante concurso de proyectos que presenta el Departamento de Salud Escolar – DN.</p>	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DICI	0%	0%	5%	10%	20%	25%	30%	50%	60%	80%	90%	98%		Reporte SIGFE de ejecución presupuestaria (devengados)
EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DICI																	
0%	0%	5%	10%	20%	25%	30%	50%	60%	80%	90%	98%																	
Porcentaje de <b>cuotas pagadas</b> según Convenios a Entidades Ejecutoras del Programa de <b>Habilidades para la</b>	(Nº cuotas pagadas oportunamente acorde a los convenios con las Entidades Ejecutoras del HPV en el período t)/(Nº total de cuotas	<p>75% de cumplimiento en pago oportuno de cada cuota convenida según convenio firmado con Entidades Ejecutoras, cumpliendo con las siguientes condiciones:</p> <p>. La <b>primera cuota</b>, se debe pagar en el plazo límite del 28 de Febrero del año 2013. Para efectos legales igualmente se debe cumplir con el requisito de pagar hasta los 5 primeros días corridos después de tramitada totalmente la Resolución que aprueba el respectivo convenio, no obstante esta condición no se considerará en la fórmula de cálculo del indicador.</p> <p>. La <b>segunda cuota</b>, se debe pagar hasta los 7 días corridos desde la fecha comprometida en los convenios.</p>	Febrero, Julio, Noviembre, y Diciembre, todos estos cortes con un mes de desfase.	Convenios vigentes y reporte SIGFE por Entidades Ejecutoras (cartera contable por cuenta y RUT).																								

<p><b>Vida".</b></p>	<p>pagadas del HPV en el periodo t)*100</p>	<p>. La <b>tercera cuota</b>, se debe pagar hasta los 7 días corridos desde la fecha comprometida en cada convenio.</p> <p>. En los casos de haberse pactado <b>más de 3 cuotas de pago</b>, igualmente se deberán pagar hasta 7 días corridos desde la fecha establecida en los convenios, debiendo estar totalmente pagadas todas las cuotas de cada convenio hasta el 31 de Diciembre.</p> <p>Estas reglas operan para todos los convenios con modalidad de pago como adelanto. En el caso de los convenios con la modalidad de pago contra rendición de cuentas el plazo máximo de pago es de 7 días corridos después de presentada la mencionada rendición, por lo cual la primera cuota no la paga JUNAEB entre Enero y Febrero como es la regla general, ya que se pagaría en el mes en que la Entidad Ejecutora por convenio tenga establecida su rendición de cuentas.</p> <p>En la estimación del resultado final del indicador se considerará como incumplido cuando no se le ha pagado a la Entidad Ejecutora en el período correspondiente.</p> <p>Con desagregación regional y por Entidades Ejecutoras.</p>		
<p>"Porcentaje de lentes ópticos entregados en 45 días corridos al beneficiario, desde la Emisión de la Orden de Compra"</p>	<p>(Nº de lentes ópticos entregados a los beneficiarios dentro de 45 días corridos, desde la emisión de la Orden de Compra)/( Nº total de lentes ópticos entregados con Orden de Compra en el periodo t)*100</p>	<p>META : 80% en metas de avance y total anual</p> <p>Con desagregación regional</p> <p>Excluye lentes de contacto, reparaciones y reposiciones de lentes ópticos.</p> <p>Estos resultados se sacarán desde el sistema informático de lentes ópticos, en el cual se están introduciendo los cambios necesarios para registrar en él la fecha de entrega directa al beneficiario y otras mejoras pertinentes, cambios que estarán operativos desde el mes de Enero 2013.</p> <p>. En el caso de la <b>distribución de los lentes vía red colaboradora</b>, el verificador se denomina "ENTREGA TRATAMIENTO VIA COORDINADOR (A) COMUNAL O ENCARGADO(A) SALUD DEL ESTABLECIMIENTO", Código: R-DSE-CSM004.</p> <p>. En el caso de la <b>entrega directa a través de las diversas Ópticas en convenio</b>, el verificador se denomina "ENTREGA DIRECTA DEL PROVEEDOR DE TRATAMIENTO DE LENTES ÓPTICOS", Código: R-DSE-CSM004. Excepcionalmente, se podrá sustituir este verificador por la receta médica o bien por la copia de la guía de entrega emitida por cada Óptica, que contenga la fecha y firma de recepción conforme del alumno, padre o apoderado.</p> <p>Al igual que todos los verificadores, estos deberán contener la información completa y quedar debidamente ordenados y archivados en cada Dirección Regional y serán auditables.</p>	<p>Junio, Septiembre y Diciembre con un mes de desfase</p>	<p>Informe del Programa de Servicios Médicos con el detalle a nivel regional y total país del numerador y denominador de la fórmula de cálculo.</p>

<p>Porcentaje de <b>Satisfacción Usuaría de los Programas de Salud</b></p>	<p>(Nº de beneficiarios encuestados que evalúan satisfactoriamente los programas de Salud en el periodo t)/(Nº total de encuestados en los programas de Salud en el periodo t)*100</p>	<p>META DE AVANCE Y TOTAL ANUAL: 90%</p> <p>Con desagregación regional y por programas de Salud del Estudiante.</p> <p>Cada Encargado de Programas enviará a las Direcciones Regionales, las instrucciones, formatos y muestras mínimas a aplicar en los programas a su cargo.</p> <p>A nivel de cada Dirección Regional, las encuestas aplicadas a los usuarios sobre la cual se construyeron los resultados de este indicador, deben quedar debidamente ordenadas y archivadas, para posibles auditorías.</p> <p>Los períodos generales de medición del indicador (Junio, Septiembre y Diciembre) aplican para el Programa de <b>Servicios Médicos y Salud Oral</b>. En el Programa de <b>Habilidades para la Vida y en los Programas Psicosociales (PARE y ESPAS)</b> dado que su intervención dura todo el año es posible medir solamente en Diciembre la Satisfacción Usuaría. En el Programa de <b>Campamentos Recreativos Escolares</b> esta medición se realizará una vez terminada cada actividad y se informará a nivel de la dirección nacional en el Tablero de Control en los períodos generales establecidos.</p>	<p>Junio, Septiembre y Diciembre con un mes de desfase en los casos que sea pertinente.</p>	<p>Informe emitido por cada Encargada de cada programa con los resultados del indicador (región/país), con breve análisis de desviaciones más importantes y áreas de mejora.</p>
<p>Evaluación de <b>Desempeño de Entidades Ejecutoras</b> de cada programa de Salud del Estudiante (Salud Oral, HPV, Programas Psicosociales)</p>	<p>(Nº de Entidades Ejecutoras evaluadas satisfactoriamente en los programas de salud en el periodo t)/(Nº total de Entidades Ejecutoras en Programas de salud en el periodo t)*100</p>	<p>METAS DE AVANCE Y TOTAL ANUAL: 90%</p> <p>Con desagregación regional y por programas de Salud del Estudiante.</p> <p>Cada <b>Encargado de Programas</b> enviará a las <b>Direcciones Regionales, las instrucciones y formatos</b> a aplicar en los programas a su cargo. La medición de este indicador es universal, es decir se debe medir el desempeño de todas las Entidades Ejecutoras de cada programa.</p> <p>Respecto de los períodos de medición de este indicador en el Programa de <b>Habilidades para la Vida</b> se hará una medición preliminar en Septiembre y la final en Diciembre de cada año. En el Programa de <b>Salud Oral</b> se medirá este indicador en Septiembre y Diciembre, en los programas <b>PARE y ESPAS</b> se realizará solo una medición anual en Diciembre y finalmente en el Programa <b>Campamentos Recreativos Escolares</b> se medirá en Junio, Septiembre y Diciembre.</p> <p>En las Direcciones Regionales deben quedar debidamente ordenados y archivados los formatos con toda la información completa del desempeño de cada Entidad Ejecutora sobre la cual se construyeron los resultados de este indicador, para posibles auditorías.</p> <p>Además, cada Dirección Regional, deberá elaborar un ranking con los resultados finales anuales, a fin de considerarlos como un insumo relevante en nuevos procesos de licitación o selección de entidades que concursen, en procesos de acompañamiento para reforzar a las Entidades Ejecutoras que presentaron una gestión débil, para priorizar las supervisiones a las entidades mas mal evaluadas y para posibles aplicaciones de sanciones o multas en casos de incumplimientos.</p>	<p>Septiembre y Diciembre con un mes de desfase en los casos que sea pertinente.</p>	<p>Informe que emite cada Encargado de Programas con los resultados del numerador y denominador de la fórmula de cálculo, analizando las desviaciones mas importantes y medidas de mejora propuestas</p>
<p>"Evaluación de <b>Desempeño de Prestadores de Servicios Médicos</b>"</p>	<p>(Nº de Prestadores evaluados satisfactoriamente en el Programa de Servicios Médicos en el periodo t)/(Nº total de</p>	<p>METAS DE AVANCE Y ANUALES: 90%</p> <p>Con desagregación regional.</p> <p>La Encargada de <b>Servicios Médicos</b> enviará a las <b>Direcciones Regionales, las instrucciones y formatos</b> a aplicar a los Prestadores del programa.</p> <p>A nivel de cada Dirección Regional deben quedar debidamente ordenados y archivados los formatos con toda la información completa del desempeño de cada Prestador sobre la cual se construyeron los resultados de este indicador,</p>	<p>Junio, Septiembre y Diciembre con un mes de desfase</p>	<p>Informe que emite la Encargada de Servicios Médicos con los resultados del numerador y denominador de la fórmula de cálculo,</p>

	Prestadores en programa de SS:MM. en el periodo t)*100	para posibles auditorías.  Además, cada Dirección Regional, deberá elaborar un ranking con los resultados finales anuales, a fin de considerarlos en nuevos procesos de licitación, en procesos de acompañamiento, supervisiones a los prestadores mal evaluados y para posibles aplicaciones de sanciones o multas en casos de incumplimientos.		analizando las desviaciones más importantes y medidas de mejora propuestas.
Porcentaje de Supervisiones a Programas de Salud	(Nº de Supervisiones realizadas en el periodo t)/(Total de supervisiones programadas en el período t)* 100	Meta de Avance a Junio: 30%  Meta de Avance a Septiembre: 60%  Meta Final a Diciembre: 90% (excepto en SS.MM. que tiene meta del 100% de programación de supervisiones a Prestadores priorizados en cada DD.RR. en base a Orientaciones nacionales).  Con desagregación regional y por Áreas programáticas de Salud del Estudiante.  En Enero del 2013 se enviarán desde el Departamento de Salud del Estudiante los formatos e instrucciones específicas para medir este indicador y para efectuar la programación de supervisiones asociada al presupuesto necesario en pasajes y Viáticos, documento que deberá ser enviado completo, por cada Dirección Regional, con la firma del Director Regional respectivo a más tardar en Marzo del 2013.  Respecto del número de supervisiones a programar, se deben regir por las orientaciones técnicas de cada programa, que en síntesis son: Para <b>Salud Oral</b> se debe supervisar todos los Módulos Dentales del país a lo menos una vez al año. En el programa de <b>Servicios Médicos</b> se debe supervisar a lo menos una vez al año a todos los Prestadores y redes comunales que han sido priorizados por la región, que en el año 2012 presentaron incumplimiento en los indicadores y pautas técnicas comprometidas o debilidades de funcionamiento entre otras razones. En el Programa de <b>Habilidades para la Vida</b> , se debe supervisar la gestión administrativa de cada Entidad Ejecutora del programa, a lo menos una vez al año. Finalmente en los <b>Programas Psicosociales</b> se deberá supervisar dos veces al año a cada establecimiento educacional en los cuales se desarrollan los Programas ESPA y PARE y una supervisión a cada proyecto del Programa Campamentos Recreativos Escolares.  Una vez recibidas todas las programaciones regionales de <b>supervisiones, asociados al presupuesto requerido para pasajes y viáticos</b> , el Departamento de Salud del Estudiante acorde a la disponibilidad presupuestaria total, aprobará o reducirá el número de supervisiones a realizar, determinación que se deberá dar a conocer en el mes de Mayo del 2013.  Este indicador incluye además el proceso de <b>supervisiones y acompañamiento regional</b> a cada programa, realizado <b>por los profesionales del Departamento de Salud del Estudiante</b> de la Dirección Nacional.  A nivel de cada Dirección Regional deben quedar debidamente ordenados y archivados los Check List o Pautas de Evaluación con toda la información completa del desempeño de cada Prestador o Entidad Ejecutora sobre la cual se construyeron los resultados de este indicador, para posibles auditorías.	Junio, Septiembre y Diciembre con un mes de desfase	1.- Reporte con resumen regional/nacional de supervisiones realizadas acumuladas versus las programadas, por cada programa de Salud del Estudiante, 2.- Programa anual regional de supervisiones firmado por cada Director Regional.

#### 4. MATRIZ DE RIESGO:

A través del PMG de Auditoría Interna se ha implementado en el sector público un sistema de Gestión de Riesgo que considera varias herramientas, la principal es la Matriz de Riesgos donde se determinan de manera jerarquizada las áreas de gestión más riesgosas en la Institución,

instrumento que se complementa con el respectivo Plan de Tratamiento de Riesgos, donde se comprometen acciones de mitigación de los riesgos detectados con sus respectivos Indicadores y finalmente el seguimiento a su cumplimiento.

Esta herramienta se actualiza de manera semestral y sus resultados se informan a nivel nacional, no obstante, en el caso de algunos riesgos específicos se solicita la información a cada una de las regiones. A la fecha de emisión de las presentes Orientaciones Técnico Programáticas, aún no se definen los riesgos para el año 2013 con sus respectivos compromisos e Indicadores. Oportunamente se informará a las Direcciones Regionales si se comprometiera algún indicador del cual se requerirá solicitar resultados directamente de ellas.

#### **4.1 Indicadores de PMG de Género, de Descentralización, Seguridad de la Información y otros.**

A la fecha de estas orientaciones no han llegado las instrucciones de los organismos técnicos respectivos y, por lo tanto, aún no se comprometen resultados con sus respectivos Indicadores, para el año 2013. Por lo anterior, la información será enviada una vez que sea conocida por el nivel nacional, ya sea desde la Unidad de Control de Gestión o por este Departamento.

#### **4.2 Indicadores del Sistema de Calidad.**

El año 2013 el sistema informático de Calidad (<http://apolo.junaeb.cl/produccion/indpse/>) será controlado directamente por cada Encargado de Programas de Salud del Estudiante, evaluando los resultados finales anuales de cada Indicador y adoptando las medidas de mejora respectivas. Se ha realizado un proceso de simplificación de este sistema, eliminando aproximadamente 37 Indicadores que habían perdido vigencia o que están siendo medidos directamente por el nivel nacional y con mayor periodicidad en otros sistemas de Control.

Durante el primer trimestre del año 2013, se enviará a cada Dirección Regional, un documento con cada una de las fichas de los Indicadores con todas las especificaciones técnicas y metas de los Indicadores existentes en este sistema.

### **5. ESTUDIO, ESTANDARIZACIÓN Y RACIONALIZACIÓN DE PROCESOS**

Durante el año 2012 se ha iniciado el trabajo de revisión y actualización de los diferentes Manuales de Procedimientos de cada uno de los Programas de Salud del Estudiante. A la fecha mediante la Resolución Exenta N° 3782 de fecha 30 de Noviembre 2012 del Secretario General se aprobó el Manual de Procedimientos de Salud Oral, el cual próximamente se encontrará disponible en la página de Calidad de la Intranet institucional.

En los Programas Psicosociales se está en proceso de creación de estos Manuales y en los Programas de Servicios Médicos y Habilidades para la Vida en su actualización. El propósito es contar con todos estos Manuales aprobados por Resolución durante el primer semestre del año 2013.

### **6. SATISFACCIÓN USUARIA DE BENEFICIARIOS**

De contar con el presupuesto necesario, el propósito es licitar este proyecto cuyo objetivo es evaluar la calidad de los servicios prestados, la oportunidad de entrega de éstos, la satisfacción del usuario, sus expectativas y la visibilidad de JUNAEB.

Oportunamente, se informará a las Direcciones Regionales sobre la implementación de este proyecto y la participación que se requerirá de ellas.

Cabe aclarar que este estudio a externalizar, es complementario a la medición de satisfacción usuaria que se debe realizar en cada Programa de Salud y que sus resultados serán medidos en el Indicador respectivo del Tablero de Control mencionado anteriormente, por lo tanto, en ningún caso reemplaza a esta medición.

## 7. CONTROL PRESUPUESTARIO

Para lograr una oportuna y eficiente programación y ejecución presupuestaria regional y nacional, es necesario cumplir con las siguientes instrucciones:

- 7.1. Existen dos tipos de programaciones de coberturas, una es la programación preliminar dada a conocer en las presentes Orientaciones Técnico Programáticas basada en los recursos otorgados en la ley de presupuesto del año 2013 y otras consideraciones técnicas y la segunda es la programación definitiva, la cual es aprobada mediante Resolución Exenta del Director Nacional, debiendo ser emitida en el mes de Junio del año 2013. Por lo tanto, cada Dirección Regional deberá hacer un exhaustivo estudio de sus necesidades y presupuesto disponible, para enviar a la Dirección Nacional a más tardar el 15 de Mayo, su solicitud de programación de coberturas en los diferentes Programas de Salud y sus respectivos productos estratégicos. Cabe destacar, que esta programación definitiva es para efectos de determinar el denominador de la fórmula de cálculo del Indicador de coberturas ejecutadas. *Si excepcionalmente existiesen modificaciones posteriores, éstas no serán consideradas para efectos de este indicador.*
- 7.2. Se ha observado la tendencia que algunas Direcciones Regionales soliciten de manera reiterada cambios en sus presupuestos, lo cual significaría que ha existido una inadecuada programación, insistiéndose en una necesidad de mejora en este aspecto.

Por lo tanto, existirá la posibilidad de realizar reprogramaciones de coberturas y, por ende, de presupuesto, bajo las siguientes condiciones:

- Se aceptará *como máximo* por cada Programa de Salud del Estudiante, presentar 2 solicitudes de reprogramaciones anuales, de aumento o disminuciones de presupuesto. En el caso del Programa de Servicios Médicos, excepcionalmente y dado el diseño del Programa, se podrá aceptar hasta 4 reprogramaciones en el año.
- Hasta el *15 de Noviembre* del año 2013 se recibirán solicitudes de reprogramaciones que afecten el presupuesto interregional, ya sea transfiriendo recursos desde la Dirección nacional o desde otras Direcciones Regionales. Posterior a esta fecha se aceptarán solamente reasignaciones dentro del presupuesto de cada programa de Salud del Estudiante de la región.
- Se aceptarán devoluciones de recursos presupuestarios solamente *hasta el 15 de Noviembre* del año 2013, siempre y cuando exista una demanda de mayores recursos en ese mismo Programa en otras Direcciones Regionales y sea autorizado por la Jefatura del Departamento de Salud del Estudiante. Esto es con el objetivo de lograr una mayor eficiencia en la ejecución de los recursos regionales y nacionales, desarrollando una adecuada capacidad de gestión y coordinación de sus programas.
- Con el objetivo de dar cumplimiento a una instrucción presidencial, se recuerda que se debe pagar las deudas del Estado dentro de 30 días, por lo tanto, se deben tomar todas las medidas pertinentes para su cumplimiento, principalmente en cuanto a dejar el mínimo posible de recursos presupuestarios devengados para el año siguiente.

- Se recuerda, la necesidad de una efectiva coordinación, entre las Unidades de Salud del Estudiante y las Unidades de Gestión de Recursos Regionales, respecto de comprometer total y oportunamente en el SIGFE los montos convenidos. Se ha observado que en algunas Direcciones Regionales se compromete el gasto al momento de generar el devengo en el SIGFE, por lo tanto, los Encargados URSE deben resguardar que el compromiso se registre en el momento en que éste se genera, a través de algún documento oficial tales como Resoluciones que aprueban Contratos o Convenios y Órdenes de Compra.

7.3. El Departamento de Salud del Estudiante enviará mensualmente a cada Dirección Regional la ejecución presupuestaria del subtítulo 24 “Transferencias Corrientes” (presupuesto de Programas), del Subtítulo 21 glosa N° 02, letra c) específicamente presupuesto de “Viáticos” y del Subtítulo 22 “Bienes y Servicios de Consumo” del Programa 02 de Salud del Estudiante, con el objetivo que los Encargados de cada URSE cuenten con este insumo que le ayude a una adecuada gestión de los Programas.

7.4. Con el objetivo de poder cumplir con los compromisos institucionales de manera oportuna, principalmente los que tienen vencimiento en el mes de Enero del año 2013 y como el SIGFE se cargará con el presupuesto inicial según Ley de Presupuesto hasta fines de Enero, cada Encargado Regional de Salud es responsable de gestionar con el Encargado Regional de Finanzas solicite al Departamento de Gestión de Recursos de la Dirección Nacional, le envíe una remesa de dinero con los montos necesarios para pagar en ese mes los compromisos más urgentes, tales como el PCRE y HPV, remesa que se imputará a la cuenta contable de “Anticipos”, registrándose presupuestariamente como gasto devengado una vez que se haya realizado la carga del presupuesto.

7.5. La normativa vigente (Decreto - Ley N° 1263 de Administración Financiera y Presupuestaria del Estado y sus modificaciones) permite realizar traspasos presupuestarios dentro de las asignaciones e ítems del Subtítulo 22 “Bienes y Servicios de Consumo”.

Por lo tanto, las Unidades Regionales de Salud del Estudiante pueden reasignar durante el año los dineros presupuestados para su región dentro del Subtítulo 22 del Programa 02 – Salud del Estudiante a fin de optimizar su uso, realizando reasignaciones dentro de este Subtítulo de acuerdo a sus necesidades y de manera responsable. Para realizar estas reasignaciones se debe instruir de este requerimiento a los Encargados de las Unidades de Finanzas Regionales, teniendo como insumo el estado de ejecución presupuestaria mensual que desde el Departamento de Salud del Estudiante se les estará haciendo llegar mensualmente.

A modo de ejemplo, si en algún momento del año, están presentando un déficit en la asignación de Pasajes, Fletes y Bodegaje (22.08.007) y tienen un superávit proyectado en la asignación Servicios de Impresión (22.07.002) pueden gestionar se les efectúe este traspaso.

7.6. Se recuerda que aquellos recursos que fueron devengados para el año 2013, deberán ser pagados como fecha límite hasta el mes de marzo. Para cumplir con esta instrucción los URSE deben entregar todos los documentos y respaldos de pago correspondientes de manera oportuna, para que las Unidades Regionales de Finanzas puedan realizar esta acción.

7.7. Dado algunos errores frecuentes que se han producido en la imputación presupuestaria del Área de Servicios Médicos, se detalla en cuadro siguiente los contenidos de cada producto estratégico del SIGFE:

<b>ASISTENCIA MEDICA, PREBASICA BASICA Y MEDIA</b>	<b>Productos que incluye y como se deben cargar presupuestariamente</b>
ATENCION MEDICA OFTALMOLOGIA	Ingresos y Controles de Oftalmología
OTORRINO	Ingresos y controles de Otorrino
ATENCION MEDICA TRAUMATOLOGIA	Ingresos y Controles de Traumatología
CIRUGIAS	Cirugías de Otorrino (implantes cocleares).
MEDICAMENTOS	En la Dirección Nacional se compran los medicamentos para Oftalmología y Otorrinolaringología.
AUDIFONOS	Audífonos, Plan de Adaptación, Reparación, Mantención de audífonos y Control electroacústico
SCREENING OFTALMOLOGIA	Atención de Tecnólogo Médico Oftalmológico
LENTES OPTICOS Y DE CONTACTO	Lentes ópticos, contacto, mantenciones, reparaciones y reposiciones de lentes
SCREENING OTORRINO	Atención de Tecnólogo Médico Otorrino
SCREENING TRAUMATOLOGIA	Atención de Kinesiólogo
ATENCIÓN ESPECIALIZADA COLUMNA (FIACS)	Cirugías Columna, hasta ahora solo se realizan en la Dirección Nacional.
CORSÉ	Indicación de Corsé para tratamiento de alteraciones de columna.
REALCE	Indicación de uso de Plantillas de Realce – especialidad de Traumatología
OTROS OFTALMOLOGIA	Ejercicios ortópticos.
OTROS OTORRINO	Audiometrías, impedanciometrías y radiografías de Otorrino.
OTROS COLUMNA	Kinesiterapia y radiografías para Traumatología

