



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

REDISEÑO DE LA COORDINACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DE JUNAEB EN
LOS COLEGIOS MUNICIPALES EN EL MARCO DE LA REFORMA EDUCACIONAL

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERA CIVIL INDUSTRIAL

ESTEFANÍA VALENTINA FRANCISCA ÁLVAREZ URBINA

PROFESOR GUÍA:
VÍCTOR PÉREZ VERA

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
SERGIO CELIS GUZMÁN
VIVIEN VILLAGRÁN ACUÑA

SANTIAGO DE CHILE

2017

**RESUMEN DE LA MEMORIA PARA
OPTAR AL TÍTULO DE: INGENIERA
CIVIL INDUSTRIAL
POR: ESTEFANÍA ÁLVAREZ URBINA
FECHA: 01/2017
PROF. GUÍA: SR. VÍCTOR PÉREZ VERA**

REDISEÑO DE LA COORDINACIÓN DE LA ENTREGA DE BENEFICIOS JUNAEB EN LOS COLEGIOS MUNICIPALES EN EL MARCO DE LA REFORMA EDUCACIONAL

A raíz de la Reforma Educacional que está actualmente en proceso, nace la necesidad de conocer en profundidad el rol que cumplen las municipalidades en la entrega de beneficios JUNAEB. Esta información es de gran utilidad para poder anticipar las posibles mejoras que se puedan introducir al sistema de ejecución de estos programas, y los posibles desafíos que puedan surgir con la transición al nuevo modelo de sostenedor. Un mayor conocimiento y análisis del actual proceso permite la construcción de una propuesta sobre los requerimientos que deben cumplir los nuevos Servicios Locales de Educación, al asumir el rol de sostenedor de estos colegios, y garantizar la continuidad en la entrega de los beneficios que se proporcionan actualmente.

Dentro de los beneficios otorgados por JUNAEB, el presente trabajo se enfoca en los Programas de Salud Escolar. La salud escolar es un tema que no aparece reflejado con mayor relevancia en el actual proyecto de Ley de Reforma Educacional. Los programas que la intentan abordar son numerosos, sin embargo estudios internacionales demuestran que sin una política de estado que aborde la complejidad de la salud escolar en su totalidad y coordine los diversos esfuerzos en el cumplimiento de objetivos comunes, los recursos invertidos son ineficientes. Esto hace aún más relevante entregar continuidad y mejoras a la ejecución de estos programas en las escuelas.

A través del método de rediseño de procesos, que comprende el análisis de la situación actual y su modelamiento, para posteriormente rediseñar los procesos, el presente trabajo entrega una propuesta de coordinación de los programas de salud de JUNAEB. La propuesta se divide en 3 etapas corto, mediano y largo plazo, lo que permite un cambio gradual a un sistema con una mirada integral a la Salud Escolar. Esta propuesta sigue la línea planteada en la Reforma Educacional, entregar una educación pública de calidad para todos y todas.

El presente trabajo se desarrolla con la ayuda del Equipo de Nueva Educación Pública (NEP), y comprende levantamientos de los procesos de los programas de Salud Escolar de JUNAEB.

Dedicada a mis hijos, Sofía y Gabriel.
Por todas las horas que les robé para poder hacer esta tesis.

AGRADECIMIENTOS

El paso por esta Universidad ha sido para mí una gran aventura, que no hubiese sido posible sin todas las maravillosas personas que me ayudaron en el camino y que me apoyaron cuando más lo necesité.

En primer lugar quiero agradecer a mis hijos Gabriel y Sofía, y a mi pareja Marcelo, por toda la paciencia y apoyo, por perdonar mis ausencias y cansancio. Por todos los abrazos y besos de ánimo que me permitían seguir adelante cuando creía que ya no podía más. ¡Los amo muchísimo!

A mis papás, en especial mi más profundo agradecimiento a mi Mamá, quién cuida a mis hijos mientras escribo estas palabras, como los ha cuidado durante gran parte de este trabajo. Sin ella, nada hubiese sido posible. No sabes cuánto te admiro, eres mi pilar.

A mis suegros, Carlos e Inés, por todo el apoyo durante mi carrera. Por querer y cuidar a mis hijos cuando yo no estaba.

A toda mi familia, sobre todo a mi hermana Luisa, a mi cuñado Felipe, a mi nuera Ivon y mi sobrino Nicolás, por toda la ayuda y el cariño durante este periodo.

A mis amigos de la cafeta Katherinne Aedo, Raisa González, Ignacio González, Nicolás Bonilla, Marcela Vollmer, Daniela Arancibia y Sebastián Valenzuela por mostrarme que la determinación, el esfuerzo y la obstinación todo lo pueden. A mis amigas de la vida, Carla León, Karen Morales y Daniela Vilches, por todo el apoyo y por estar siempre conmigo. A mis bachiamigas, Alessandra Baldecchi y Eli Carvajal por todos los buenos momentos que me regalaron.

A MAPAU, por mostrarme que ser mamá y estudiante es posible. En especial agradezco a Diana Villalobos y Nicole Sánchez, las mamás más choras que existen. Gracias por todos los consejos y buena onda. A Javiera Reyes, la mujer más apañadora del mundo, gracias por ayudar a hacer posible nuestras locuras.

A mi profesor guía, Víctor Pérez, por la paciencia y apoyo durante este periodo. A mi profesor co-guía, Sergio Celis, por acompañarme durante este trabajo con una paciencia infinita, por desenredar mi mente cuando lo necesité y sobre todo, por ser un gran educador. A mi profesora integrante, Vivien Villagrán, por el confianza depositada, el apoyo entregado, y por ser un ejemplo para mí de mujer profesional y gran persona.

A los profesores que durante toda mi vida me inspiraron a aprender, Galo Páez, Norma Leiva, Edith Saavedra, Cristián Reyes, Luis Gajardo, Carlos Vignolo, André Ensignia, Iván Álvarez, Gastón Suarez, Gastón Held, Jerko Juretic, Gloria Cordero, Larissa Mitchell y Claudio Barahona.

Al Ministerio de Educación, por hacer posible este trabajo, en especial a Rodrigo Díaz Meri y Javiera Martínez, por la paciencia y apoyo. A JUNAEB, por abrirme las puertas, en especial a Amalia Cornejo y Jessica Ovalle por la paciencia y gestiones durante este trabajo. A los

funcionarios de JUNAEB, los Coordinadores Comunales y Encargados de Salud, por compartir su experiencia conmigo.

Al sistema de apoyo económico, tanto de la Universidad como del MINEDUC. Sin las becas y apoyo jamás hubiese podido ni siquiera soñar con ser profesional. A las personas de Bienestar estudiantil, especialmente a Paola Rozas, por entender que la preocupación por los estudiantes va más allá del dinero.

Y finalmente, quisiera agradecer a Dios y a la vida, por ponerme abismos que pensé nunca podría cruzar, pero que me hicieron descubrir las alas que nunca supe que tenía.

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	ANTECEDENTES GENERALES	2
2.1.	Rol del Ministerio de Educación y de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)	2
2.2.	El Sistema Educacional Actual	4
2.3.	Reforma Educacional	5
2.4.	La Salud Escolar	7
2.4.1.	La Salud Escolar en el mundo	7
2.4.2.	Salud Escolar en Chile	10
3.	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y JUSTIFICACIÓN	12
3.1.	Planteamiento y justificación del proyecto	12
3.2.	OBJETIVOS	14
3.2.1.	Objetivo General	14
3.2.2.	Objetivos Específicos	14
3.3.	Alcance	14
4.	MARCO TEÓRICO	15
4.1.	Gestión de procesos en el sector público.	15
4.2.	Modelamiento de procesos con BPMN	16
4.3.	Influencia del entorno socio-económico en la educación.	17
4.4.	Salud Escolar: modelos de los componentes de los programas de salud escolar.	19
5.	METODOLOGÍA	22
5.1.	Levantamiento y análisis de información.	22
5.2.	Levantamiento de procesos.	23
5.2.1.	Análisis preliminar	24
5.2.2.	Definir el Proyecto	24
5.2.3.	Entender la situación actual	24
5.2.4.	Analizar los procesos levantados.	26
5.2.5.	Construcción de propuesta de rediseño.	27
6.	ANÁLISIS PRELIMINAR	28
6.1.	PROGRAMAS DE SALUD ESCOLAR DE JUNAEB	28
6.2.	MARCO NORMATIVO	30

6.3.	MARCO INSTITUCIONAL	33
6.4.	TRABAJO INTERSECTORIAL	35
6.5.	MODALIDAD DE EJECUCIÓN	36
7.	LEVANTAMIENTO DE PROCESOS	39
7.1.	Definición del Proyecto	39
7.2.	Servicios Médicos.	39
7.3.	PROCESOS DEL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS	43
7.3.1.	Proceso General.	44
7.3.2.	Preparación del programa	45
7.4.	Levantamiento de Necesidades (Pesquisa o Barrido)	47
7.5.	Pre-diagnóstico/Screening	50
7.6.	Consolidación de Necesidades Levantadas.	52
7.7.	Diagnóstico y Tratamiento.	53
7.8.	Evaluación.	55
7.9.	Coordinador Comunal	56
7.10.	Encargado de Salud del Establecimiento Educacional	58
8.	PROPUESTA DE REDISEÑO	59
8.1.	Primera etapa corto plazo/transición	59
8.1.1.	Etapas de Preparación	60
8.1.2.	Modelo de entrega de servicios de Salud Escolar	61
8.1.3.	Estructura Organizacional	69
8.1.4.	Sistemas de información y control de gestión.	73
8.2.	Segunda etapa mediano plazo/implementación	75
8.2.1.	Apoyo integral en la ejecución de los Programas de Salud Escolar.	75
8.2.2.	Fortalecimiento de los Establecimiento Educativos en materia de Salud Escolar	76
8.3.	Tercera etapa largo plazo/instauración	79
9.	CONCLUSIONES	80
10.	BIBLIOGRAFÍA	82
11.	ANEXOS	86
	Anexo A: Organigrama Ministerio de Educación. Fuente: mineduc.cl	86
	Anexo B: Organigrama JUNAEB. Fuente: junaeb.cl	87
	Anexo C: Simbología BPMN. Fuente: bizagi.com	88
	Anexo D: Resumen Entrevistas Indagativas JUNAEB.	91

Anexo E: Análisis de dimensiones de los programas de JUNAEB	91
Anexo F: Resumen Entrevistas levantamiento de procesos Programas de Salud de JUNAEB.	92
Anexo G: Indicadores de Salud Bucal establecidos en los Objetivos Sanitarios 2011-2020 relacionados a Salud Escolar.	93
Anexo H: Objetivos y metas para el cumplimiento del Objetivo estratégico n°3 de los Objetivos Sanitarios 2011-2020	93
Anexo I: Indicadores para el cumplimiento del Objetivo estratégico n°3 de los Objetivos Sanitarios 2011-2020 relacionados a Salud Escolar.	94
Anexo J: Objetivos y metas para el cumplimiento del Objetivo estratégico n°4 de los Objetivos Sanitarios 2011-2020, relacionados con Salud Escolar.	96
Anexo K: Indicadores para el cumplimiento del Objetivo estratégico n°4 de los Objetivos Sanitarios 2011-2020 relacionados a Salud Escolar.	96
Anexo L: Subprocesos Preparación del Programa	98
Anexo M: Subprocesos Levantamiento de Necesidades.	101
Anexo N: Subproceso de Pre-diagnóstico/ Screening	102
Anexo O: Sub-procesos de Diagnóstico y tratamiento	105
Anexo P: Indicadores de gestión del Programa de Servicios Médicos	109

1. INTRODUCCIÓN

El proyecto de Ley “Nueva Educación Pública” plantea un nuevo Sistema de Educación Pública, dependiente del Ministerio de Educación. Esta reforma contempla cambios radicales al sistema educacional chileno y será un enorme desafío, tanto en su diseño como en su implementación, pues supone pasar desde un modelo de provisión municipal del servicio a otro que crea una institucionalidad intermedia, que se relaciona con el Ministerio y que configura nuevos territorios donde se presta el servicio educativo. El proyecto de ley se encuentra aún en discusión, sin embargo, el cambio es inminente. A raíz de este cambio, una serie de organismos ligados a la entrega de servicios educativos y otros tipos de servicios, se ven afectados en su actuar. Es esto una preocupación importante para el Ministerio de Educación. Y es que, el éxito de la implementación de esta reforma radica, en parte, en la capacidad de anticipar posibles dificultades en el cambio del sistema, y en detectar las oportunidades de mejora disponibles.

Actualmente la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (en adelante JUNAEB), provee una serie de prestaciones a los alumnos de las escuelas municipales y para estos efectos tiene un modelo de gestión que supone una estrecha coordinación y colaboración con los Municipios. Por lo tanto, el cambio de institucionalidad que tendrá la Educación Municipal, introduce una modificación que debe ser analizada para ver cómo se siguen dando estas prestaciones.

El presente trabajo nace con la ambición de ayudar en el análisis de los efectos que este cambio pueda traer a la coordinación de la entrega de los programas de JUNAEB. Para esto, se requieren estudios de los programas que actualmente se entregan, específicamente los Programas de Salud Escolar. Estos programas son los menos conocidos fuera del ámbito educativo, sin embargo son los que poseen mayor relación y dependencia con el llamado Nivel Intermedio, los actuales Sostenedores Municipales. El diseño de nuevas institucionalidades hace imprescindible la necesidad de conocer a cabalidad los procesos que implican la entrega de estos servicios, para determinar las medidas necesarias para garantizar la continuidad de la entrega de estos. Al mismo tiempo, es importante garantizar que el proceso de transición entre sistemas no implique repercusiones negativas en los servicios que se entregan. Es más, un proceso de reestructuración puede ser aprovechado para incorporar mejoras al actual sistema.

A continuación se presenta información sobre las instituciones nombradas, sobre el sistema educativo actual y la reforma educacional. Además se entrega información sobre el contexto de los enfoques actuales en Salud Escolar, con el fin de proveer un piso de conocimiento común para la comprensión del análisis posterior.

2. ANTECEDENTES GENERALES

2.1. Rol del Ministerio de Educación y de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)

La institución a cargo de la educación en Chile es el Ministerio de Educación. “Este es el órgano rector del Estado encargado de fomentar el desarrollo de la educación en todos sus niveles, a través de una educación humanista, democrática, de excelencia y abierta al mundo en todos los niveles de enseñanza.” [1] La misión del Ministerio de Educación es “asegurar un sistema educativo inclusivo y de calidad que contribuya a la formación integral y permanente de las personas y al desarrollo del país, mediante la formulación e implementación de políticas, normas y regulación, desde la educación parvularia hasta la educación superior”. [1]

Las funciones del Ministerio de Educación, entre otras, son proponer y evaluar las políticas y los planes de desarrollo educacional y cultural; asignar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades educacionales y de extensión cultural; mantener un sistema de supervisión del apoyo técnico pedagógico a los establecimientos educacionales y evaluar el desarrollo de la educación como un proceso integral e informar de los resultados a la comunidad [Ley n°18.956]¹. Su presupuesto se aprueba anualmente por el congreso y es uno de los Ministerios con mayor presupuesto junto con el Ministerio de Salud. Para el año 2016 cuenta con un presupuesto aprobado de M\$ 9.391.288.814 (Ley 20.882 y Ley 20.890). [2]

La estructura organizacional del Ministerio de Educación se puede observar en su organigrama, adjunto en anexos [Anexo A]. En ella, se aprecia la dependencia que posee JUNAEB bajo este Ministerio, al cual le corresponde la supervigilancia de esta institución.

JUNAEB (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas) es una “corporación autónoma, con personalidad jurídica de derecho público, de administración del Estado, creado en 1964 por la Ley N°15.720, responsable de administrar los recursos estatales destinados a velar por los niños, niñas y jóvenes chilenos en condición de vulnerabilidad biopsicosocial, para que ingresen, permanezcan y tengan éxito en el sistema educativo”. [3] Su autonomía le da a JUNAEB la posibilidad de trabajar como una institución con una mayor descentralización e independencia. Sin embargo, existen condiciones que regulan su autonomía, como por ejemplo el nombramiento de su Director Nacional y la aprobación de su presupuesto, tareas a cargo del Ministerio de Educación.

La misión declarada por JUNAEB es: “Favorecer la mantención y éxito en el sistema educacional de niñas, niños y jóvenes en condición de desventaja social, económica, psicológica y/o biológica, entregando para ello productos y servicios integrales de calidad, que contribuyan a

¹ <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30325>

hacer efectiva la igualdad de oportunidades, el desarrollo humano y la movilidad social” [3]. La estructura organizacional de JUNAEB se adjunta en anexos [Anexo B].

A nivel central, el trabajo se divide en departamentos y áreas, cuyo objetivo es planificar, administrar y controlar los programas desarrollados por JUNAEB. Al ser un organismo descentralizado, sus Direcciones Regionales y Provinciales son las encargadas de la ejecución de los programas, las cuales tienen gran independencia en su trabajo. Para el cumplimiento de su misión, JUNAEB desarrolla diversos programas alineados a sus objetivos institucionales. Los programas desarrollados se pueden clasificar en:

- 1. Programa de Becas:** Se divide en becas de mantención y becas complementarias:
 - *Becas de Mantención:* son de libre disposición del estudiante. Existen algunas de carácter nacional, como la beca Presidente de la República y otras regionales o sectoriales, como la beca Aysén.
 - *Becas Complementarias:* Son becas específicas para un propósito determinado, como la beca PSU o los hogares estudiantiles.
- 2. Programa de Alimentación Escolar (PAE):** Tiene como finalidad entregar diariamente servicios de alimentación (desayunos, almuerzos, onces, colaciones y cenas según corresponda) a los alumnos y alumnas en condición de vulnerabilidad de Establecimientos Educativos Municipales y Particulares Subvencionados.
- 3. Programas de Salud Escolar:** Comprende los programas de Servicios Médicos, Salud Oral, Habilidades para la Vida y Apoyo Psicosocial, de los cuales se hablará más adelante.
- 4. Tarjeta Nacional del Estudiante (TNE):** es un beneficio administrado por JUNAEB que acredita la calidad de estudiante regular de enseñanza Básica, Media o Superior y que hace efectiva la gratuidad o rebaja en el pago de la tarifa de los servicios de locomoción colectiva.
- 5. Programa Yo elijo mi PC y Me Conecto Para Aprender:** Consiste en la entrega notebook a estudiantes focalizados.
- 6. Programa de Útiles Escolares:** Este programa comprende la entrega de un set anual de útiles escolares a los estudiantes más vulnerables del país.

Dentro de la institución trabajan 689 funcionarios/as, 47 de ellos en calidad de Planta y 642 en calidad de Contrata, quienes se desempeñan a lo largo del país en 15 Direcciones Regionales, 23 Direcciones Provinciales y la Dirección Nacional.[4] Esta estructura hace necesaria la ayuda de otros organismos para la entrega de sus servicios, denominados red colaboradora. Esta red se encuentra constituida por directores y profesores de los establecimientos educacionales, coordinadores comunales de los municipios y encargados de becas de las instituciones de educación superior quienes participan activamente en la gestión de los programas. Ellos son los encargados, en forma general, de informar a los colegios, solicitar documentos, canalizar información, coordinar entregas, entre otras actividades. Son también importantes en el control de la correcta ejecución de los programas y en la promoción de estos, apoyando el trabajo

intersectorial y la coordinación con otros programas que llegan a los colegios. Es este trabajo al que se le colocará especial énfasis en el levantamiento de los procesos.

2.2. El Sistema Educacional Actual

La educación en Chile se divide en cuatro niveles. Estos son:

- Educación preescolar
- Educación básica
- Educación media
- Educación superior

La educación obligatoria comprende los niveles de básica, media y parte de la educación parvularia. Los tipos de establecimientos, por otro lado, pueden ser clasificados según la naturaleza de su dependencia administrativa y financiera, en [5]:

1. **Estatales:** Se trata de establecimientos de Educación Superior, que gozan de autonomía académica y administrativa, pero que son financiados por el Estado. Existen también en el nivel Preescolar establecimientos pertenecientes a la JUNJI, entidad pública autónoma pero con dependencia del Ministerio de Educación, y que recibe financiamiento estatal.
2. **Municipales:** Son establecimientos de propiedad y financiamiento público, administrados por las municipalidades del país, llamados sostenedores municipales. Cubren los niveles Preescolar, Básico y de Enseñanza Media Humanístico-Científica y Técnico-Profesional. Constituyen el 36,5% aproximadamente, de la matrícula total.²
3. **Particulares Subvencionados:** Son establecimientos de propiedad y administración privada, pero que, en el caso de los niveles Preescolar (2º nivel de Transición), Básico y Medio, reciben financiamiento estatal mediante subvención por alumno matriculado y efectivamente asistiendo a clases. Representan el 54,6% de la matrícula³.
4. **Particulares Pagados:** Son los establecimientos privados propiamente tales, cuya propiedad, administración y financiamiento corresponde a particulares. Existen en todos los niveles del sistema educacional.
5. **Corporaciones de Administración Delegada:** Son colegios que continúan siendo de propiedad del estado. Son principalmente colegios técnicos y ha sido delegada su administración a instituciones privadas.

Esta división de administración corresponde al resultado de la política de municipalización de la educación, desarrollada bajo la dictadura militar y consagrada en la reforma educacional de 1981. Esta forma de administración ha sido duramente criticada, principalmente por el hecho de

² Centro de Estudios MINEDUC, Informe serie de evidencia.

³ Ibid.

debilitar la educación pública, reflejada por ejemplo en la caída sostenida de la matrícula de los establecimientos municipales, que cae de un 57,8% (1990) a 36,5% (2015).[6] El presente trabajo abarca solo establecimientos municipales, los cuales son el foco de la desmunicipalización de la educación, en su búsqueda por fortalecer la Educación Pública con la creación del Nuevo Sistema de Educación Pública.

2.3. Reforma Educacional

La actual reforma educacional impulsada por la presidenta Michelle Bachelet, comprende cambios radicales en todos los niveles educativos. Para la presente memoria, se explicará solamente aquellos que se desean impulsar como motivo del cambio de institucionalidad de los establecimientos municipales, es decir, la desmunicipalización.

El proyecto de ley que se aprobó en la cámara de diputados, pretende crear el Sistema Nacional de Educación Pública en forma gradual, en un proceso que duraría 6 años. Los objetivos del proyecto son:

- Crear un nuevo sistema de educación pública a través de proyectos socio educativos integrales, colaborativos, participativos, inclusivos, diversos, laicos y gratuitos.
- Asegurar el derecho al acceso y desarrollo de trayectorias educativas, en todos los niveles escolares.
- Mejorar la calidad de los aprendizajes de todos los niños, niñas, jóvenes y adultos.
- Potenciar los talentos y capacidades de los estudiantes, en un ambiente que los acoja con respeto y seguridad.
- Situar a la escuela y a las comunidades educativas en el centro de la política pública que impulsa el estado para mejorar la calidad, equidad e inclusión del conjunto del sistema educativo.⁴

Los principales ejes son:

- Propone una nueva institucionalidad que genera una estructura y una relación virtuosa y colaborativa entre: jardines infantiles, escuelas y liceos de la educación pública; una red de 67 Servicios Locales de Educación distribuidos en el territorio nacional y una Dirección de Educación Pública, dependiente del Ministerio de Educación.
- Refuerza el liderazgo de los equipos directivos a través del desarrollo de sus capacidades.
- Otorga a los establecimientos educacionales más atribuciones en la definición y conducción de sus planes de mejoramiento escolar.
- Integra a las familias, comunidades y autoridades locales a la discusión y construcción de estrategias que potencien la educación pública del territorio.
- Aumenta los recursos basales para la educación pública, inyectando nuevos y reorientando otros.⁵

⁴ <http://www.gob.cl/2015/11/02/conoce-el-proyecto-de-ley-que-crea-el-sistema-nacional-de-educacion-publica/>

⁵ Ibid

La nueva estructura de la institucionalidad de educación pública estará conformada por 4 entidades [7]:

- **Ministerio de Educación:** Diseña las políticas educativas del país; orienta tanto las políticas como las innovaciones educativas; monitorea y evalúa la labor de la Dirección de Educación Pública y el cumplimiento de los compromisos de gestión y resultados de los Servicios Locales de Educación; apoya, a través de su estructura territorial y personal, a los establecimientos públicos del país, respetando siempre la identidad de sus proyectos educativos.
- **Dirección de Educación Pública:** Organismo dependiente del MINEDUC que coordina a los Servicios Locales de Educación, fomentando su trabajo colaborativo en red. Además garantiza que los Servicios Locales de Educación estén impulsando la mejora de la calidad en los establecimientos que agrupa y propone al Ministerio la “Política nacional de fortalecimiento de la educación pública”.
Entre sus funciones está también la distribución de los recursos destinados a los establecimientos para consolidar las condiciones de calidad que establece el nuevo sistema de educación pública y promueve la cobertura de la educación pública a lo largo de Chile, con el fin de asegurar el acceso a la educación y la continuidad de la trayectoria educativa.
- **Servicios Locales de Educación:** Serán entidades descentralizadas y tendrán recursos provistos por Ley de Presupuestos. Combinarán dos funciones esenciales de toda la gestión escolar: la función administrativa operativa de los establecimientos y la función de acompañamiento técnico-pedagógica de los mismos.
Serán 67 en el país y en promedio agruparán cinco comunas. Cada director o directora del Servicio Local de Educación será seleccionado o seleccionada por el Sistema de Alta Dirección Pública y nombrados por el Presidente o Presidenta de la República, su labor en el cargo durará seis años, el cual podrá renovarse por una vez.
Entre las principales funciones de los Servicios Locales de Educación están:
 - Proyectar un trabajo colaborativo entre los establecimientos de un territorio determinado como con otros pertenecientes a otra jurisdicción.
 - Responder por los procesos y resultados de la educación pública de los establecimientos educacionales de su jurisdicción.
 - Gestionar la mejora educativa y la calidad integral de los establecimientos emplazados en su territorio.
 - Desarrollar la oferta de educación pública, de acuerdo a las particularidades del territorio.
 - Implementar iniciativas de desarrollo profesional para los equipos directivos, docentes y asistentes de la educación de los establecimientos de su dependencia, así como de los funcionarios del servicio.
 - Promover y fortalecer el liderazgo directivo en los establecimientos educacionales de su dependencia.
- **Consejos Locales de Educación:** Su principal función será asesorar y colaborar activamente con el director del servicio en la planificación estratégica, representando los intereses de las comunidades educativas y locales, a fin de que el servicio educacional considere las necesidades y particularidades del territorio respectivo.
Cada Consejo Local de Educación estará compuesto por representantes de estudiantes, profesores, padres y apoderados pertenecientes a consejos escolares; un representante del

gobierno regional; un representante del Centro de Formación Técnica de la región; un representante de la Facultad de Educación de una Universidad acreditada por más de cuatro años; y los alcaldes y alcaldesas cuyas comunas estén insertas en la red del Servicio Local de Educación.

Este contexto de cambio abre diferentes interrogantes y retos organizacionales. En el presente informe se plantea introducir algunos de los desafíos de gestión nacidos a raíz de la reforma educacional.

2.4. La Salud Escolar

El enfoque de este trabajo son los Programas de Salud Escolar de JUNAEB. Es por esto que es relevante entender la importancia que se le da a nivel mundial a la Salud Escolar, y los avances que se han desarrollado a nivel local. Este apartado pretende entregar una base en esta materia, para una mejor comprensión de los procesos levantados y las propuestas planteadas.

2.4.1. La Salud Escolar en el mundo

La Salud, y en general los conceptos de lo que es saludable y la búsqueda de una mejor y mayor sobrevida, han ido cambiando a lo largo del tiempo. La Organización Mundial de la Salud, en su constitución, define Salud de la siguiente manera “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.” [8] Además, agrega con respecto a los niños: “El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.”[8] La importancia del foco en la salud de los niños, como sujetos a los cuales se les debe dar un mayor énfasis, especialmente relacionado con la promoción y creación de hábitos saludables, es reconocida mundialmente. Los Derechos Humanos de Niñas, Niños y Adolescentes, ratificado por nuestro país en 1990, especifican “Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud”. [9]

La educación y la salud, por otro lado, son dos elementos que están intrínsecamente ligados. “La salud está inextricablemente unida a los progresos educativos, la calidad de vida y la productividad económica. La adquisición de conocimientos, valores, técnicas y costumbres relacionados con la salud permite a los niños aspirar a una vida sana y actuar como intermediarios para cambiar la situación sanitaria de sus comunidades.” [10] Diversos estudios muestran que los problemas nutricionales y la mala salud de los niños en edad escolar determinan en parte la baja asistencia a la escuela, el elevado absentismo, el abandono prematuro, y el rendimiento académico deficiente (OMS, 1997). La OMS, en una recopilación de estudios sobre

el impacto de la salud y los hábitos saludables en los resultados educacionales en países de altos ingresos (2011) concluyen que, a pesar de lo difícil que es poder relacionar los resultados académicos a una causal específica, entendiendo el proceso de aprendizaje como un fenómeno complejo, con múltiples factores incidentes, diversos estudios han comprobado que si existe un impacto real en los resultados académicos. [11]

Recíprocamente, la educación ha mostrado ser fundamental para el progreso en salud. Desde estudios que atribuyen a la educación una importante participación en la disminución de la mortalidad infantil (ONU 2007) [12] hasta la incorporación de la escuela y la educación en las estrategias de la OMS para combatir la obesidad infantil (OMS, 2019). [13] Diversos organismos internacionales se han reunido en pro de esta unión. En 2007 se realizó a nivel mundial la Reunión Técnica sobre Salud, Educación y Desarrollo, organizada por la OMS y otras agencias de Naciones Unidas en Vancouver, y la Reunión Iberoamericana de Salud y Educación en Brasil (OPS, UNESCO y otros organismos). Ambas reuniones plantearon la necesidad de apoyar y fortalecer el desarrollo de Establecimientos Educacionales promotores de la salud. [14]

Son diversos los países que han promovido el desarrollo de políticas y programas de Salud Escolar. En 1991, tres agencias de Europa (la Comisión Europea EC, la Oficina Regional de la OMS para Europa y el Consejo Europeo CE) lanzaron un innovador programa que unía educación y la promoción de la salud escolar. Actualmente, se denomina Red de Escuelas Promotoras de Salud, y se enfoca en hacer de la promoción de la salud escolar una parte integral en el desarrollo de políticas en el sector de la Salud y la Educación en los estados miembros de la Unión Europea. La Red de Escuelas Promotoras de la Salud anima a cada país miembro a desarrollar e implementar una política nacional de promoción de la salud escolar, basándose en las experiencias dentro del país, en Europa y el mundo. [15] La red entiende a una escuela promotora de la salud como una escuela que implementa un plan estructurado y sistemático para la salud, el bienestar y el desarrollo del capital social de todos los alumnos y del personal docente y no docente”. [15] Los enfoques teóricos de las Escuelas Promotoras de Salud se retomarán en el apartado de Marco Teórico.

Un estudio comparado de las políticas de salud en la Unión Europea, analiza las políticas desarrolladas en España, Reino Unido, Francia y Alemania. Destaca que todos los países poseen una legislación sobre la Educación para la Salud. Todos son parte de la Red de Escuelas para la Salud de la Unión Europea, y todos poseen distintas iniciativas que abordan la salud y su integralidad. A continuación se muestra una tabla comparativa sobre los contenidos que trabajan las escuelas en cada país. [16]

Tabla n°1: Tabla comparativa de experiencias internacionales. Fuente: Aguilar, Gallego y Monsalve [16]

País	Contenidos que trabajan las escuelas
España	<p>Actividad física y alimentación saludable. Bienestar y salud emocional. Salud mental en la infancia y adolescencia. Prevención de trastornos de la conducta alimentaria. Educación sobre drogodependencias: alcohol, tabaco y drogas ilegales. Hábitos higiénicos. Salud bucodental. Educación afectivo sexual. Prevención de embarazos no deseados. Seguridad y prevención de riesgos, lesiones y accidentes.</p>
Reino Unido	<p>Promoción de la salud y la nutrición. Almuerzos escolares. Fomento de la actividad física. Educación de drogas y alcohol. Educación sexual y bienestar. La salud mental y emocional (incluyendo anti-bullying). Alimentación y fitness (incluyendo el desarrollo de una política relevante, el consumo de alimentos y la orientación al fitness, incluyendo la salud oral) El desarrollo de las relaciones personales. Uso de sustancias y mal uso (incluyendo el tabaco, el alcohol, las drogas legales e ilegales). Medio ambiente (interno y externo). Seguridad (incluyendo protección solar, seguridad e intereses). Higiene, gérmenes y baño en la escuela.</p>
Francia	<p>Promover la higiene de vida. Educación sobre nutrición y la promoción de actividad física. La formación del gusto. Educación en sexualidad. Prevención de adicciones. La lucha contra los juegos peligrosos. La prevención del mal. Capacitación en primeros auxilios. Plan nacional de alimentación. Prevención del sobrepeso y la obesidad. Prevención de conductas adictivas. Chequeo. La atención de emergencia. Atención a niños enfermos o con discapacidad en la escuela. La figura del médico y enfermeros de educación. La buena postura y peso. Las comidas escolares.</p>

Alemania	Movimiento. Nutrición. Personalidad y búsqueda de sí mismo. Inclusión. La salud del maestro. La escuela como un espacio de vida. Desarrollo de la escuela. El clima escolar. La escuela segura. Educación sexual. Cuerpo, movimiento y salud.
----------	---

El estudio recalca especialmente el trabajo realizado en Francia, sobre el cual indica “El caso Francés es de destacar, ya que sería un modelo a seguir. El Instituto Nacional de Prevención y Educación para la Salud junto con el Ministerio de Educación, desarrollan numerosos programas y seguimientos en las escuelas. La Educación para la Salud la tratan en la escuela de una manera obligada. Tienen muy presente que la Educación para la Salud es muy importante en el desarrollo diario de la vida escolar. Lo más destacable es que tiene la figura del médico y enfermero escolar. Ese el único país que lo tiene. Así como hacen los chequeos escolares en las escuelas. Además dan mucha importancia a la educación sexual siendo obligatoria y los padres no pueden sacar a sus hijos de las clases.” [16]

2.4.2. Salud Escolar en Chile

Durante el siglo XX Chile presentó un cambio demográfico y epidemiológico, en donde se modificó drásticamente la situación de salud de la población. Los factores de riesgo se modificaron, pasando de un escenario que presentaba una gran prevalencia de enfermedades consideradas infecciosas a uno donde la mayor preocupación eran enfermedades crónicas no transmisibles producto de los cambios sociales, económicos, demográficos y medioambientales. La mayor cantidad de enfermedades cardiovasculares, cánceres, accidentes y problemas de salud mental se asimilan a los perfiles epidemiológicos que presentan los países más desarrollados, donde los estilos de vida actuales se caracterizan por la escasa actividad física, alto consumo de tabaco y alcohol, aumento de peso y stress. A fines de los años 80 sólo el 8% de los niños de primero básico era obeso, hoy la prevalencia es de un 17,3% (Fuente: Encuesta 1° Básico JUNAEB 2004). De esta manera, la obesidad infantil constituye el problema nutricional más importante de los niños chilenos, así como el sedentarismo. [16]

Desde 1990, el Ministerio de Educación comienza a impulsar una reforma curricular orientada a la renovación del currículum en la educación parvularia, básica y media. Con ésta se establece por primera vez en el currículum chileno objetivos fundamentales transversales para todos los niveles educativos. A partir de ahí se realizaron varias acciones coherentes y complementarias a la promoción de salud y que han contribuido a fortalecer el trabajo intersectorial salud-educación. Entre éstas, se identifica el convenio con CONACE para la prevención del uso indebido de drogas, un convenio de colaboración con IND (Instituto Nacional del Deporte), la creación del

Programa de Actividad Física y Deporte para Escolares, que busca disminuir la creciente prevalencia de sedentarismo entre niños y jóvenes, y la creación de la Unidad de Transversalidad Pedagógica preocupada de temas o contenidos psicosociales como sexualidad /afectividad, convivencia, participación, medio ambiente, concejos escolares etc. En este mismo año y junto con la llegada de la democracia al país, JUNAEB restituye el Programa de Salud Oral a las escuelas y crea el Programa de Salud del Estudiante, cuyo objetivo principal en ese momento es la asistencia en patologías que inciden sobre el rendimiento e integración del niño al sistema educativo, tales como disminución de la visión, audición, pie plano y alteraciones de columna. Para ello, desarrolla un trabajo en red a nivel comunal con distintos actores e instancias vinculadas a la salud y la educación, acción que se ha ido consolidando y acentuando en forma creciente y constituye una de las mayores fortalezas del programa. Desde el año 1997 el Programa incorpora a su quehacer el componente de Habilidades Para la Vida y Escuelas Saludables para el Aprendizaje. [16]

En este contexto, las autoridades chilenas iniciaron en el año 1997 el Plan Nacional de Promoción de Salud. El propósito de este plan es optimizar la salud y reducir sus determinantes, enfocándose hacia la calidad de vida y bienestar, el desarrollo de estilos de vida y ambientes saludables y la construcción de comunidades, y de una sociedad más sana, que promuevan valores fundamentales de confianza y solidaridad. Junto a la declaración de la política de promoción de salud en el año 97, nace el Concejo Nacional de Promoción de Salud, de carácter intersectorial y de imagen corporativa VIDA CHILE. Se desarrollaron Planes Regionales y Comunales, impulsando el trabajo intersectorial por medio del Concejo Nacional, y los Concejos Regionales y Comunales Vida Chile. El Ministerio de Educación y JUNAEB fueron integrantes de este concejo y OPS-OMS Chile participó auspiciando las actividades del Concejo a nivel nacional y local. Se desarrollaban tres líneas de trabajo bases, correspondientes a comunas saludables, lugares de trabajo saludables, y finalmente el programa de escuelas promotoras de salud, donde la comunidad educativa desarrollaba conocimientos, habilidades, destrezas y responsabilidad en el cuidado de la salud personal, familiar y comunitaria. [16]

Sin embargo, el Concejo Vida Chile no continuó. Al respecto Salinas y Vío indican: “A partir del año 2006, con la falta de prioridad de la Política de Promoción de Salud y la suspensión del funcionamiento del Consejo VIDA CHILE Nacional, el Ministerio de Salud impulsó un proceso de readecuación de los EEPS⁶ con el fin de incorporar el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud y priorizar la calidad de las intervenciones en los establecimientos ya acreditados, suspendiendo nuevas acreditaciones como EEPS. Desde entonces, el quehacer de las Seremi de Salud se orienta a prestar apoyos temáticos específicos en los EEPS, por ejemplo, en gestión comunal y enfoque territorial en las Escuelas Ego y promoción local del desarrollo infantil a través del Programa Chile Crece Contigo. [14]

Actualmente se está retomando la conversación sobre la Salud Escolar y su importancia en el aprendizaje. La iniciativa Aulas del Bien Estar, que parte el 2014, es un avance en el trabajo intersectorial de los programas que impulsan las intervenciones en los colegios. La actual política se retomará en un apartado más adelante.

⁶ Sigla para Establecimientos Educativos Para la Salud.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y JUSTIFICACIÓN

3.1. Planteamiento y justificación del proyecto

El proyecto realizado consiste en el levantamiento de información de los procesos ejecutados por los Coordinadores Comunales en relación a los Programas de Salud Escolar, con especial foco en el Programa de Servicios Médicos. El levantamiento y posterior análisis de la información recopilada, tiene como objetivo elaborar una propuesta de diseño de la operación de esta coordinación, la cual será realizada por los Servicios Locales de Educación una vez que sea implementada la Reforma Educacional.

El proyecto nace en el marco de la Reforma Educacional, la cual se encuentra en discusión en el Senado. Una vez aprobada la Ley de Nueva Educación Pública, comienza el proceso de cambio gradual al nuevo sistema. El análisis y posterior rediseño de la coordinación de estos programas tiene como objetivo apoyar la labor del Ministerio de Educación en el desafío del diseño del nuevo Sistema de Educación Pública. Actualmente este proceso de cambio se encuentra en una etapa de preparación denominada “Plan de Anticipación”. Este plan consiste en la realización de acciones que permitan preparar el traspaso del Servicio Educativo, garantizando la continuidad de la entrega de los distintos programas ejecutados en las escuelas, entre ellos, los programas de JUNAEB. Para esto es de vital importancia conocer los procesos y recursos utilizados en la entrega de los programas, y poder detectar posibles dificultades que se puedan presentar a raíz de la transferencia de la coordinación de estos programas a los nuevos Servicios Locales de Educación. Es por ello que la presente memoria se realiza con el apoyo del Equipo de Nueva Educación Pública, con el objetivo de obtener insumos que permitan diseñar de mejor manera los futuros servicios.

Uno de los principales motivos de la Reforma Educacional, y del cambio al nuevo Sistema Nacional de Educación Pública, es el cuestionamiento hacia la capacidad de gestión educacional de las municipalidades. Esto también afecta la coordinación de los programas asociados a la educación, como los programas JUNAEB. En el “Informe OECD sobre Políticas Educativas” [18] se plantea que las capacidades técnicas varían sensiblemente entre las diferentes municipalidades. La variable más significativa la constituye el tamaño poblacional, el que permite que comunas con un mayor tamaño puedan contar con un equipo administrativo educacional más numeroso y mejor calificado, gracias a la generación de economías de escala. Las comunas más pequeñas, por otro lado, deben trabajar con un menor número de funcionarios, los cuales no necesariamente están dedicados en forma exclusiva al área de educación. Son estos funcionarios los que deben administrar, por otro lado, los montos transferido por JUNAEB a través de sus programas, los que muchas veces no incluyen gastos por conceptos administrativos. Con un presupuesto de aproximadamente M\$900.000.000, JUNAEB transfiere anualmente dinero al sistema educacional vía programas, servicios y becas. Del total de beneficiarios, un gran porcentaje corresponde a estudiantes de colegios municipales, siendo el programa PAE el con mayor peso, con un presupuesto de aproximadamente M\$552.000.000.⁷

⁷ Ley de presupuesto 2016

En cuanto a los programas de salud, JUNAEB gasta anualmente M\$27.000.000 aproximadamente en la ejecución de ellos. Y es en estos programas que la figura municipal es de vital importancia. Ellos son los encargados de coordinar los proveedores, procurar espacios, gestionar documentación e incluso, en el caso del programa de Salud Oral, la Municipalidad es la encargada de ejecutar el programa a través de la transferencia de recursos desde JUNAEB. La gestión de éstos también presenta variabilidad, según lo levantado en las entrevistas realizadas en el desarrollo de este trabajo, aunque no necesariamente ligado a los recursos. La razón mencionada con mayor frecuencia se relaciona al compromiso de la comuna con los programas JUNAEB, y cómo la importancia que las autoridades den al programa es vital en el desarrollo de éstos.

Por otro lado, el gran valor que representa la red colaboradora en la entrega de programas JUNAEB, ha gatillado una preocupación por parte de la institución sobre los cambios que ocurrirán, a raíz de la Reforma Educacional. Es en este contexto que JUNAEB ha facilitado entrevistas con sus funcionarios, para un mejor análisis de la situación actual, y la detección de posibles dificultades para el proceso de transición. Además, la Dirección Regional de JUNAEB ha ayudado con el contacto con la red de Coordinadores Comunales de la Región Metropolitana, a la cual también se ha podido entrevistar.

Todas estas instituciones concuerdan en que el escenario de transición es complejo. La autonomía de las Municipalidades ha sido una de las principales trabas al momento de recopilar información sobre el funcionamiento actual. La heterogeneidad en la administración ha hecho que la recopilación y análisis de la información sea un problema de una mayor envergadura. El problema crece cuando se trata de los Programas de Salud, los que no necesariamente se encuentran alojados en las Direcciones de Educación, encontrándose aproximadamente el 20% de las veces alojados en las áreas de salud de las Municipalidades u otros departamentos.⁸

Sin un marco claro en el proyecto de ley que contemple la entrega de beneficios relacionados a la salud escolar, nace la necesidad de entender los recursos que actualmente ocupa la municipalidad en la coordinación de estos programas y los procesos en los que se ve involucrado, además de poder mirar estos programas con una visión integral de la Salud Escolar. El diseño de los Servicios Locales de Educación debe poder evaluar la posibilidad de transferencia de estos procesos, y salvaguardar el rol que actualmente cumple la municipalidad en la entrega de beneficios. Para ello se requiere de una mirada global del actual proceso, de los fundamentos que lo sustentan y de los recursos que requiere.

El presente trabajo de título será un insumo de información sobre el rol que cumple actualmente la municipalidad en la ejecución de los programas de salud escolar que posee JUNAEB. La primera parte del trabajo comprende el levantamiento y análisis del actual proceso. Posteriormente, se presenta un rediseño del proceso con el objetivo de poder incluir a un nuevo actor y entregar propuestas para el funcionamiento del nuevo servicio.

⁸ Cálculo en base a datos entregados para el área de Servicios Médicos de la Región Metropolitana.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo General

Construcción de una propuesta de rediseño de la coordinación de los programas de Salud Escolar de JUNAEB en los colegios municipales, que integre a los Servicios Locales de Educación.

3.2.2. Objetivos Específicos

- Levantar los procesos de coordinación de los Programas de Salud Escolar del nivel intermedio, bajo el actual sistema de funcionamiento.
- Proponer un diseño en base al análisis del sistema actual y la nueva estructura de los Servicios Locales de Educación.
- Cuantificar la propuesta de rediseño en términos de la estimación de recursos necesarios para su implementación.

3.3. Alcance

Se han definido los siguientes alcances dada la complejidad del sistema seleccionado para el análisis:

- El análisis comprende solo las comunas de la Región Metropolitana.
- Solo se han considerado los establecimientos educacionales de dependencia municipal, dado que son aquellos que se verán afectados con la creación de los Servicios Locales de Educación.
- Se centrará en los programas de Salud Escolar de JUNAEB, dado que se identificaron como los programas con mayor riesgo en el proceso de transición a la nueva educación pública.
- El trabajo solo considera los programas JUNAEB que involucran establecimientos educacionales municipales de enseñanza básica y media. JUNAEB también entrega beneficios en colegios particulares subvencionados, sin embargo no se han considerado esos datos o apreciaciones.
- La implementación del rediseño no se encuentra abordada en la presente memoria.

4. MARCO TEÓRICO

La temática que aborda el presente trabajo es compleja y necesita ser abordada desde diferentes campos. Es por esto que el marco teórico que sustenta el trabajo abarca diferentes temáticas que confluyen en el análisis realizado. La unión de los distintos enfoques permite un mejor entendimiento de las problemáticas a tratar y de los conceptos subyacentes.

Se comienza con la mirada de gestión de procesos en el sector público, enfoque contemporáneo en el análisis de las instituciones públicas desde la Ingeniería, que permite abstraerse de la división institucional y entender los procesos de generación de valor que se generan a partir de los servicios entregados. Luego, como herramienta para este análisis, se introduce el modelamiento de procesos en BPMN, sistema que permite la visualización de este análisis de forma más sistemática.

Por otro lado, es sumamente importante poder entender los procesos más allá de lo administrativo, comprendiendo las razones de la generación de valor público. El enfoque de la comprensión de la influencia del entorno socio-económico, utilizada por JUANEB, permite entender la base de los programas de la institución, y la importancia de la continuidad de ellos.

Finalmente, los modelos de Salud Escolar son un lente a través del cual se puede mirar de manera crítica los actuales Programas de Salud Escolar en Chile, y tener una base mínima de referencia de estos programas a nivel mundial.

4.1. Gestión de procesos en el sector público.

La mirada de procesos es una herramienta que está siendo cada vez más utilizada tanto en el sector privado como en público. Son diferentes los autores que plantean la mirada de procesos como forma de mejorar la gestión, especialmente la mirada burocrática funcional que menciona Barros en su libro “Rediseño de Procesos mediante el uso de patrones”. Alejándose de la optimización por áreas y mirando la cadena completa asociada a un bien o servicio, se puede analizar y diseñar de manera de que cumpla el propósito final de la organización, optimizando su desempeño. (Barros 2000) [19]

La mirada de procesos se basa principalmente a la validación empírica que desde las ciencias empresariales se le ha dado. De ahí ha surgido la idea de que la actividad esencial de una organización es “gerenciar sus procesos” de manera transversal, para crear valor. Contrario a lo que sucede comúnmente, en que cada área prioriza la optimización al administrar sus departamentos o funciones bajo un enfoque clásico de administración. Son finalmente los procesos y no los departamentos o áreas funcionales de la organización, las que producen los bienes y servicios que se facturan en el negocio. Es decir, los que crean valor para una organización (Medina 2005). [20]

En el resultado de su trabajo optimizando procesos en el sector público, Alejandro Medina plantea que “uno de los roles esenciales del management en el sector público es contribuir al incremento de su productividad (en su máxima expresión hacer más, mejor y más rápido con menos recursos), y eso resulta relevante sí y solo sí dicho incremento influye de manera significativa en la creación de valor público, es decir en la mejora de las condiciones de bienestar de la población que recibe (directa o indirectamente) los beneficios derivados de los bienes y/o servicios de los programas que materializan la acción de la Administración pública. La gestión más transparente y responsable de la entrega de dichos servicios, constituye también creación de valor.” [20]

Sin embargo, existe una gran complejidad al llevar este enfoque al sector público. No solo existen las diferencias en los conceptos de optimización o de generación de valor, con el sector privado. Al respecto, Fieldler Naschold (1996), al revisar numerosas experiencias de modernización de la gestión pública en países de la OCDE, señala “El sector público, con sus funciones segmentadas, estructuras de trabajo altamente especializadas y cadenas de procesos discontinuas, se presta más al taylorismo en su organización que el sector privado. Lo más serio de todo, sin embargo, es la casi completa falta de pertinencia en la gestión por procesos, sobre la base de diversos ritmos, diferentes objetivos y grados de complejidad, que exigen las organizaciones del sector público. Ésta es una de las más significantes brechas en la modernización de los aspectos internos del sector público en los países de la OCDE”. [20]

Es por tanto que el rediseño de procesos debe ser visto como una estrategia de cambio organizacional e institucional, en la que es fundamental el liderazgo, apoyo y acierto político, para que pueda ser llevado a cabo con éxito y pueda producir los cambios buscados.

4.2. Modelamiento de procesos con BPMN

Para poder entender los procesos descritos anteriormente, es necesario herramientas que permitan su análisis. Para el presente trabajo se utilizó como base el lenguaje de modelamiento BPMN (Business Process Modeling Notation o Notación para el Modelado de Procesos de Negocio), la cual es una notación gráfica que describe los pasos de un proceso de Negocio en una forma lógica de secuencia. Además, describe los flujos de mensajes entre los participantes de las diferentes actividades.

Por proceso se entiende un conjunto de actividades, realizadas por diferentes áreas funcionales, que componen una cadena asociada a la generación de algún bien o servicio, que transforman elementos de entrada en resultados. [21] Generalmente los procesos pueden ser difíciles de entender por sí mismos, aún más de optimizar cuando no se ve la relación que éste tiene dentro de la organización y con otras unidades de la misma. Es por esta complejidad que es útil utilizar un modelo de representación de esta realidad. Este modelo puede, en primer lugar, dar a entender el sistema de relaciones entre los diferentes actores, y por otro lado, ayudar a organizar la información y relaciones que se ejecutan. Otras ventajas que presenta BPMN es que es un

método estandarizado de modelamiento, que entrega la facilidad de poder comprender las relaciones de manera gráfica y en un lenguaje común.

El modelado en BPMN se realiza mediante diagramas que poseen un conjunto pequeño de elementos gráficos, que ayuda a la fácil y rápida comprensión. Las cuatro categorías básicas de elementos son:

- Objetos de Flujo: Eventos, Actividades, Compuertas (Gateways).
- Objetos de Conexión: Líneas de Secuencia, Líneas de Mensaje, Asociaciones.
- Canales o Swimlanes: Pools, Lanes.
- Artefactos: Objetos de Datos, Grupos, Anotaciones.

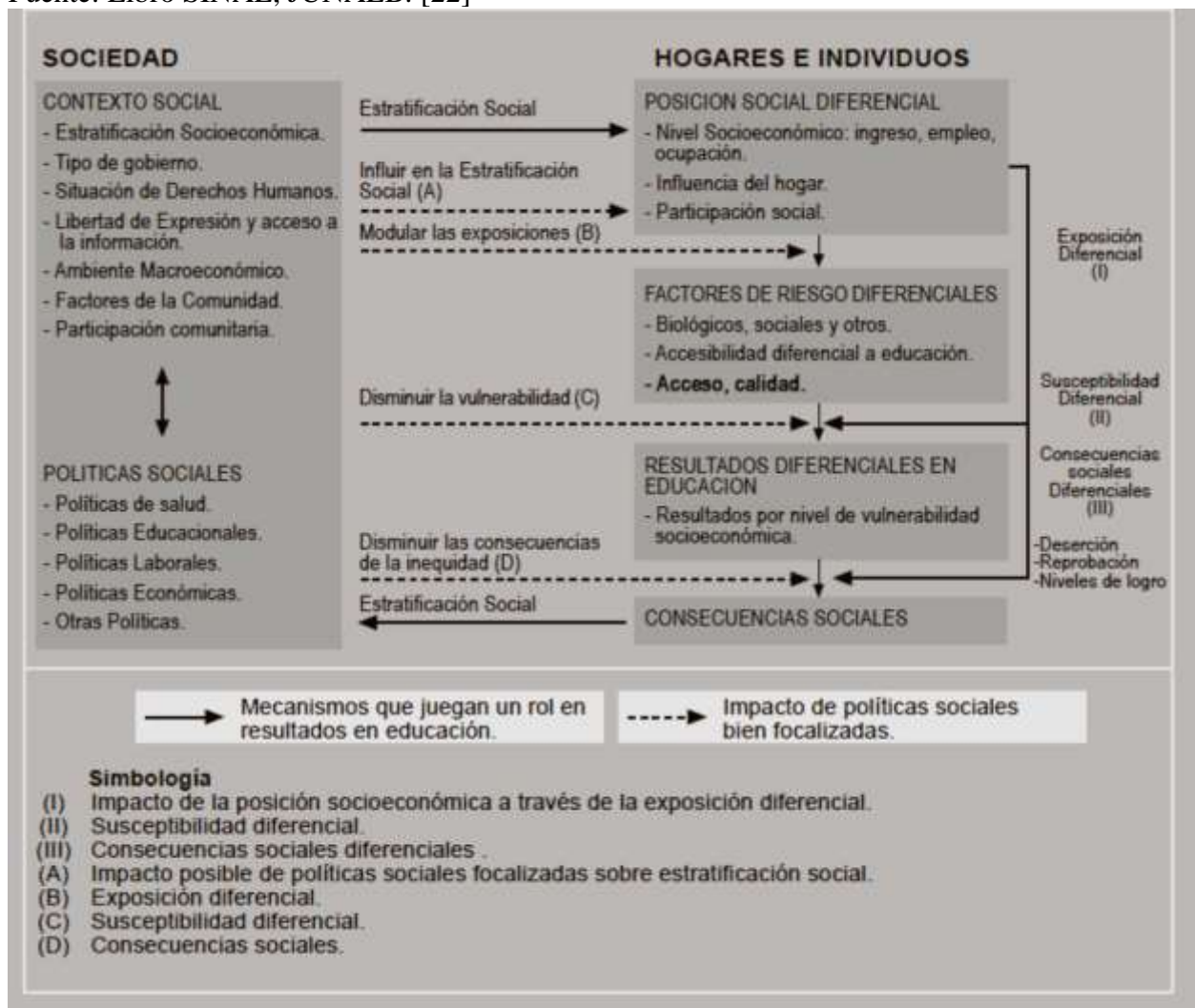
Para el modelamiento de los procesos en BPMN, se utiliza el software Bizagi Process Modeler que es un Software gratuito para diagramar, documentar y simular procesos de manera gráfica. [Anexo C]

4.3. Influencia del entorno socio-económico en la educación.

La importancia de la continuidad de una red de apoyo para alumnos vulnerables en los servicios locales de educación se basa principalmente en la importancia del entorno socio-económico para la entrega de los servicios educativos y la retención de los alumnos.

JUNAEB posee un marco teórico conceptual en el cual basa su sistema de asignación de beneficios. El siguiente esquema muestra la participación del entorno social económico, la influencia de la comunidad, la familia y las políticas sociales en la construcción de inequidades en la educación.

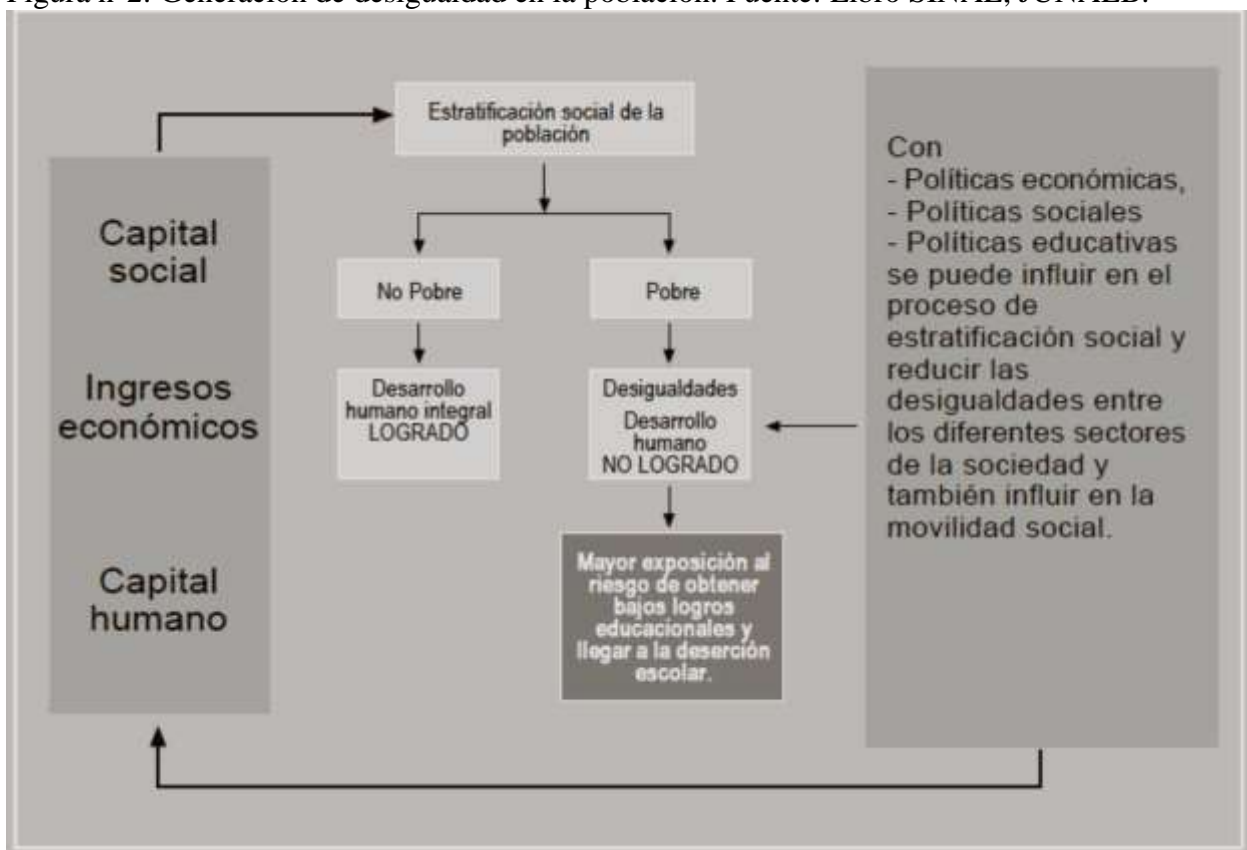
Figura n°1: Modelo de Diderichsen de generación de desigualdades adaptado a educación.
 Fuente: Libro SINAE, JUNAEB. [22]



Sobre el modelo, JUNAEB comenta “El modelo plantea que las desigualdades se construyen primero por la exposición a distintos contextos sociales lo que conduce en la creación de estratos sociales los que, a su vez, conducen a diferentes posiciones sociales que implican la exposición a distintos factores de riesgo y protectores, los que tienden a auto perpetuarse y a generar una susceptibilidad individual para contraer diversos daños, en este caso problemas educacionales, los que gatillan consecuencias sociales las que a su vez retroalimentan en forma positiva o negativa el contexto social. Las letras A, B, C y D señalan las posibles líneas de intervención para contrarrestar las desigualdades.” [21]

El modelo plantea que la dinámica anterior perpetúa desigualdades que son necesarias subsanar a través de acciones políticas en los espacios afectados. El siguiente diagrama explica el concepto:

Figura n°2: Generación de desigualdad en la población. Fuente: Libro SINAIE, JUNAEB.



4.4. Salud Escolar: modelos de los componentes de los programas de salud escolar.

La promoción de la salud, como estrategia eficaz para mejorar la salud y la calidad de vida, surgió como resultado de un importante cambio en la teoría y práctica de la salud pública. El informe Lalonde (Canadá, 1974), precursor de este cambio, ha reconocido los factores sociales, ambientales y los modos de vida como factores determinantes y claves de la salud. Un decenio después, se adoptó la Carta de Ottawa (Canadá, 1986), que define el concepto de Promoción de la Salud como “el proceso destinado a capacitar a las personas para ejercer un mayor control sobre su salud y sobre los factores que la afectan [...] reduciendo los factores que pueden resultar riesgosos y promoviendo los que resultan saludables [...] La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.” [23]

Los organismos internacionales han desarrollados en los últimos siglos una serie de recomendaciones para llevar a la práctica la promoción de la salud en los colegios alrededor del mundo. Estas recomendaciones se han integrado en el llamado Programa de Escuelas Promotoras de la Salud. Los enfoque han ido variando durante el tiempo, sin embargo persiste la idea central de que la escuela debe ser un centro promotor y formador en salud. El enfoque integral de Escuelas Promotoras de la Salud implica el trabajo conjunto de todos los integrantes de la institución educativa (docentes, directivos, alumnos, padres), del sector salud y de la comunidad. Demanda el protagonismo de la comunidad educativa en la identificación de necesidades y problemas de salud, y en la definición de estrategias y de líneas de acción para abordarlos.

El primer enfoque, que fue aplicado en los Establecimientos Promotores de Salud en Chile, habla de tres componentes interrelacionados [24]:

1. Educación para la salud con enfoque integral, que incluye la enseñanza de habilidades para la vida.
2. Creación y mantenimiento de entornos saludables.
3. Provisión de servicios de salud y alimentación sana.

El segundo enfoque, aparece con la creación de Establecimientos Educativos Promotores de Salud es una iniciativa formulada en 1995 por la OMS, que establece recomendaciones para abordar las temáticas de salud, con una mirada integral, desde la escuela. Para hacerlo, el organismo creó una guía que establece 6 áreas de acción [25]:

1. Políticas de salud escolar.
2. El entorno físico de la escuela
3. El entorno social de la escuela
4. La relación Escuela/comunidad
5. El desarrollo de habilidades personales en salud
6. Servicios de salud escolar

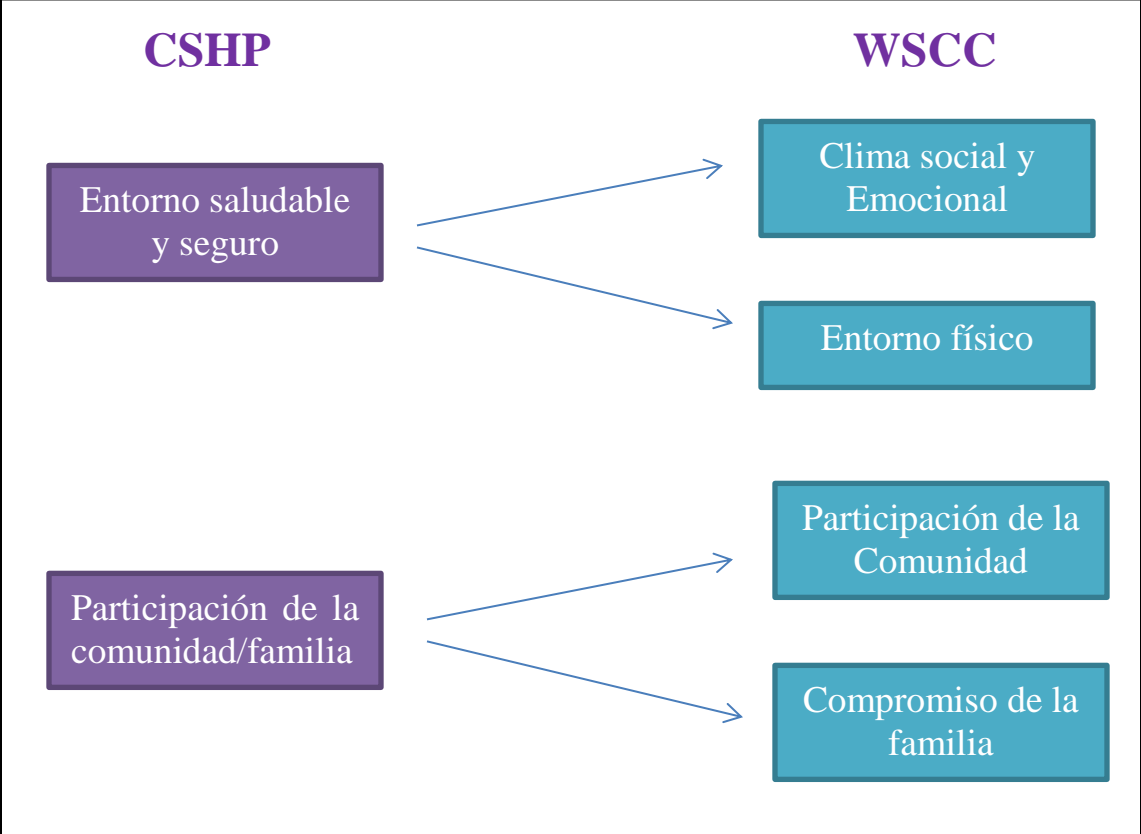
Las escuelas que aspiran a ser escuelas promotoras de salud se centrarán en el desarrollo de programas que promuevan la salud, ampliando la enseñanza de esta más allá del conocimiento y las habilidades, para tener en cuenta al entorno social y físico, y el desarrollo de vínculos con la comunidad.

Este modelo se ha ido ampliando, siendo el último enfoque adoptado por la OMS el llamado Comprehensive School Health Programs (CSHP), el cual amplía el modelo anterior integrando a los profesores y funcionarios escolares. El modelo CSHP establece 8 áreas de acción, las cuales son [26]:

1. Salud Educativa.
2. Entorno y servicios de nutrición.
3. Bienestar de los empleados.
4. Entorno saludable y seguro.
5. Servicios de Salud Escolar.
6. Servicios de consejería, ayuda psicológica y servicios sociales.
7. Participación de la comunidad/familia.
8. Educación física y actividad física.

Por otro lado, en Estados Unidos, el Centro de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), que es el encargado de coordinar los Programas de Salud Escolar de ese país, promueve el enfoque Whole School, Whole Community, Whole Child (modelo WSCC), derivado del modelo anterior. Este modelo expande dos ítems, para darles una mayor profundización, dada su importancia. Los ítems expandidos son [27]:

Figura n°3: Expansión modelo de Salud. Fuente CDC [27]



5. METODOLOGÍA

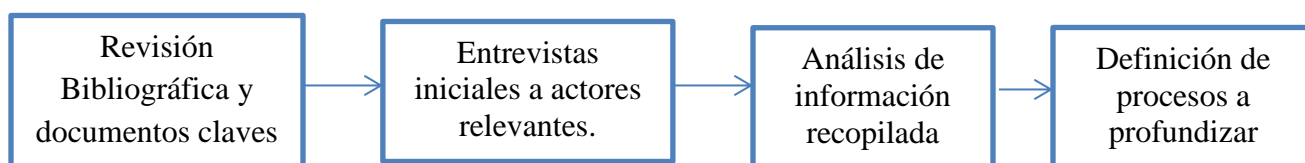
La metodología utilizada en el siguiente trabajo tiene un enfoque exploratorio y analítico, y comprende 3 fases:

1. Levantamiento y análisis de información.
2. Levantamiento y análisis de los procesos.
3. Construcción de Propuesta.

A continuación se detalla cada etapa y las actividades que comprenden.

5.1. Levantamiento y análisis de información.

La primera fase comprende el levantamiento de información sobre los programas de JUNAEB y el análisis de lo recopilado. Este levantamiento y análisis siguió las siguientes etapas:



• **Revisión Bibliográfica y documentos claves.**

La revisión bibliográfica tiene como objetivo ahondar en la figura de JUNAEB y sus programas, para adquirir contexto en el levantamiento posterior. Se revisaron leyes y reglamentos asociados a las instituciones involucradas. Además, se profundizó en los programas que entrega JUNAEB en los establecimientos educacionales municipales.

Por otro lado, se recopilaron y analizaron documentos claves en la comprensión de los programas de JUNAEB y su relación con las comunas. Algunos de los documentos recopilados son:

- Balance de Gestión Integral de JUNAEB 2014, 2015
- Orientaciones Técnicas de los programas de Salud Escolar.
- Manual de Coordinadores Comunales de la Región Metropolitana del Programa Servicios Médicos.
- Evaluación de los programas PAE y Salud Oral.
- Base de datos de coordinadores comunales y otros datos relevantes, recopilado en base al trabajo del área de Servicios Médicos de la Región Metropolitana.

- **Entrevistas iniciales a actores relevantes.**

El enfoque de estas primeras entrevistas es de carácter indagativo, tiene como objetivo poder conocer el rol de JUNAEB y tener una apreciación general del sistema, desde el punto de vista de los distintos actores involucrados. Además de la información sobre los programas, se trató la relación entre JUNAEB y las comunas en el contexto de la ejecución de los programas, y sus apreciaciones sobre factores críticos o posibles mejoras a los programas JUNAEB, ligados a reforma educacional. Estas entrevistas fueron realizadas a funcionarios de la Dirección Nacional de JUNAEB. [Anexo D]

- **Análisis de información recopilada**

Además de la indagación, otro objetivo relevante del levantamiento de información fue la acotación del alcance según dos ejes principales de análisis:

1. Incidencia de la municipalidad en la ejecución del programa.
2. Mayor incertidumbre con respecto a la Reforma Educacional.

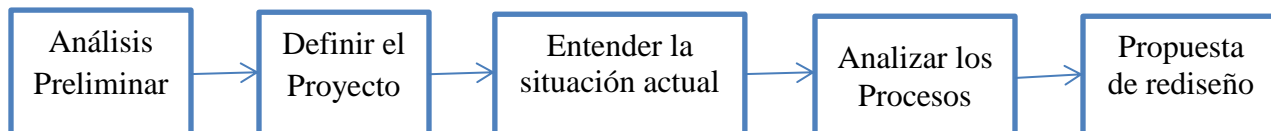
Bajo estos ejes se construyó una tabla de resumen de los programas de JUNAEB y las dimensiones relevantes para el análisis de los ejes elegidos. [Anexo E]

- **Definición de procesos a profundizar**

En base a este análisis anterior, se seleccionaron los Programas de Salud Escolar de JUNAEB para ser estudiados con mayor profundidad. Posteriormente se procedió a comparar los Programas de Salud Escolar, con el objeto de determinar el rol que cumple el sostenedor municipal en la ejecución de cada programa.

5.2. Levantamiento de procesos.

El desarrollo de esta etapa se presenta en los capítulos posteriores, sin embargo en este apartado se explica brevemente los pasos realizados y las herramientas utilizadas. Para el levantamiento de procesos se han seguido las siguientes etapas:



5.2.1. Análisis preliminar

Los Programas de Salud Escolar, a pesar de tener un contexto común, en su ejecución presentan distintas modalidades. Resulta relevante realizar un análisis preliminar de estos programas, con el objetivo de comprender de manera global las diferentes formas de ejecución que tienen, para distinguir las diferentes maneras en que pueden resultar afectados o no por la Reforma educacional en sus procesos actuales. Además, se profundiza en el rol que cumple el Coordinador Comunal en cada uno de estos programas, con el objetivo de comparar este rol con el que aparece declarado en el proyecto de ley del nuevo Sistema de Educación Pública y el rol del Servicio Local de Educación, para poder anticipar la similitud en ambas funciones.

5.2.2. Definir el Proyecto

El objetivo de esta etapa es poder definir cuáles son los procesos que deben ser abordados en el rediseño, así como establecer los objetivos específicos que se busca lograr. Parte de ese trabajo se realizó en la etapa anterior en el análisis de información, sin embargo esta etapa se centra en el detalle de los procesos involucrados. Es fundamental poder seleccionar aquellos procesos que puedan ser más afectados con los futuros Servicios Locales de Educación.

Como resultado de esta etapa se establecieron los objetivos del rediseño y el ámbito a rediseñar. Esto se escogió en conjunto con el equipo de Nueva Educación Pública del Ministerio de Educación, conforme al aporte que podría realizar este trabajo al análisis posterior para la implementación de la Reforma Educacional, y la injerencia de la Reforma en la ejecución de los programas de JUNAEB.

5.2.3. Entender la situación actual

Luego de la definición del proyecto, se procede a levantar los procesos actuales y modelarlos. En esta etapa se siguen los siguientes pasos:

3. Analizar del contexto institucional
4. Levantar los procesos.
5. Modelar la información.

- Analizar del contexto institucional.

En primer lugar se realiza un análisis del contexto institucional en el que se desarrollan los procesos a levantar. Para esto se estudia el Marco normativo e institucional de los procesos, así como los usuarios y stakeholders involucrados. Resulta relevante mirar los usuarios y

stakeholder de los procesos, pues en cualquier análisis o mejora es fundamental la mirada de los participantes del proceso, fundamentalmente aquellos a quienes está enfocado el proceso.

- **Levantar los procesos.**

El levantamiento se realizó en base a 2 métodos: entrevistas con actores relevantes y observación del proceso levantado.

Entrevista con actores relevantes.

El universo de estudio de esta investigación fue el conjunto de establecimientos educacionales municipales de la Región Metropolitana, reflejados en la figura del Encargado de Salud; sus sostenedores municipales, reflejados en la figura del Coordinador Comunal, y los funcionarios de JUNAEB de la Dirección Nacional y la Región Metropolitana. La muestra se circunscribió un grupo seleccionado de Comunas de la Región Metropolitana. Los Encargados de Salud fueron seleccionados de colegios de la comuna de Santiago y Lo Prado. Los funcionarios de JUNAEB con los que se trabajó para levantar los procesos fueron de los Programas de Salud Escolar de la Región Metropolitana y Nivel Central de JUNAEB, y funcionarios del Área de Coordinación de Programas del Nivel Central de JUNAEB.

[Anexo F]

Para el levantamiento de información sobre los procesos, se privilegiaron las entrevistas con el nivel regional de JUNAEB, ya que ellos son los que tienen un mayor contacto con el Nivel comunal. Acá se entrevistó a los encargados de los Programas de Salud Escolar y PAE, y al equipo de trabajo del Programa de Servicios Médico, en el cual se enfocó el levantamiento de procesos. En el Nivel Central de JUNAEB se sostuvieron reuniones con el área de Coordinación de Programas, quienes apoyaron con la entrega de información relevante sobre los programas, además de la gestión de las entrevistas.

Los criterios de selección de los Coordinadores Comunales de las comunas a las que se entrevistó fueron por recomendación de JUNAEB como primer criterio, con el que se contactó a las comunas de Santiago e Independencia, y en segundo lugar, la disponibilidad a participar en el proceso, con el que se contactó a la comuna de Estación Central, Calera de Tango y Lo Prado. La profundidad de las entrevistas e involucramiento también varió, privilegiando la información más detallada sobre los procesos entregada por las comunas de Santiago, Independencia y Estación Central, con entrevistas de mayor duración. Se han rescatado, por otro lado, los comentarios y apreciaciones de las comunas de Calera de Tango y Lo Prado, con los cuales se realizaron reuniones más acotadas.

Con respecto a las entrevistas a Encargados de Salud de los colegios, se realizaron solo entrevistas a profesores de las comunas de Lo Prado y Santiago, con un enfoque apreciativo de los procesos, dado el menor conocimiento de estos actores de las tareas que se realizan a

nivel comunal y la existencia de un estudio que levantó las distintas miradas de los encargados de salud sobre su trabajo.

Con el objetivo de profundizar en las temáticas más específicas de Salud Escolar, se entrevistó en calidad de experta a una antigua funcionaria de JUNAEB, quien fue Jefa del Departamento de Salud Escolar y fue parte del equipo de personas que impulsaron el desarrollo de los Programas de Salud de JUNAEB. Además, actualmente trabaja en el Ministerio de Salud, por lo que presenta un punto de vista diferente en materia de Salud. También se entrevistó a otra funcionaria de Salud Escolar del MINSAL, quien aportó una mirada más amplia sobre las iniciativas realizadas en la materia.

El método utilizado para todas las entrevistas ha sido la realización de una entrevista semiestructurada, enfocada a levantar información sobre el proceso de ejecución de los Programas de Salud Escolar, con mayor foco en el Programa de Servicios Médicos. Además, se indagó en las dificultades en la ejecución del programa y en posibles mejoras que pudieran ser útiles desde cada perspectiva abordada. Para el análisis de las entrevistas, estas fueron grabadas y posteriormente estudiadas en mayor profundidad.

Observación del proceso levantado.

Se observaron reuniones de capacitación regional y comunal, con el objetivo de constatar tiempos, dificultades y realidades que suceden durante la realización concreta de los programas. El método utilizado ha sido la observación semisistemática, en la que se ha recopilado las problemáticas y dudas declaradas, y el método y entrega de información. Posteriormente se ha indagado en las problemáticas ahí levantadas. Se asistió a una reunión de Coordinadores Comunales convocada por JUNAEB Regional para el Programa de Servicios Médicos, y a una reunión de inicio de la comuna de Lo Prado, en la que asistieron los Encargados de Salud de los colegios de la comuna.

- Modelar la información.

Una vez realizado el análisis de la información recolectada y de las entrevistas grabadas, se modela lo levantado como un flujo de procesos, con la notación BPMN en el software Bizagi. Posteriormente, se contrasta lo modelado con los participantes y se itera el proceso de modelación hasta consensuar las visiones del proceso.

5.2.4. Analizar los procesos levantados.

Una vez entendida la situación actual, es necesario colocar foco en los puntos que puedan ser afectados o mejorados en el contexto de la Reforma Educacional. Se concluye con emitir un diagnóstico de la situación actual y el foco del rediseño que se utilizará en la propuesta.

5.2.5. Construcción de propuesta de rediseño.

Se establece una propuesta de los cambios que deberían efectuarse a los actuales procesos con la puesta en marcha de la Reforma y cómo debería adaptarse la nueva institucionalidad para poder entregar continuidad a los servicios actuales. La propuesta se estructura en base a períodos que temporales, que permiten dividir los objetivos según una mirada de corto, mediano y largo plazo, entendiendo que las modificaciones deben ser paulatinas y atingentes, respetando los procesos naturales de cambio.

Se utiliza como guía de la propuesta el texto de Mario Waissbluth, “Gestión del cambio en el sector público”, texto que presenta una mirada desde los sistemas complejos a la difícil tarea de gestionar procesos de transformación, especialmente en las instituciones del Estado. Ante este desafío, Waissbluth comenta “Si la gestión del cambio en empresas es difícil, toma tiempo, y no siempre tiene éxito, las naturales restricciones del sector público hacen que esta aventura sea doblemente difícil y lenta, y con tasas de éxito aun menores. Mayor razón para abordarla de manera sistemática y profesional, pues de su éxito suele depender el bienestar de muchos ciudadanos o el ahorro de enormes recursos públicos, que pertenecen a... los ciudadanos.” [36]

6. ANÁLISIS PRELIMINAR

En primera instancia se revisaron todos los programas y servicios que posee JUNAEB. Para la elección del programa a trabajar se consideraron 2 factores que aparecieron como relevantes en relación al cambio de sostenedor y su repercusión en la ejecución de los programas de JUNAEB, rescatados en las primeras entrevistas realizadas. Estas son:

- Rol de la Municipalidad. Conjunto de funciones o responsabilidades de la municipalidad ligadas a la ejecución de los programas JUNAEB.
- Factores de Riesgo: Determinar a priori si existen contextos o procesos que puedan entenderse como complejos de abordar durante la transición de sostenedor.

Basándose en las entrevistas a funcionarios de JUNAEB y los puntos anteriores, se seleccionan los programas de Salud Escolar dado que su modelo de ejecución contempla una mayor dependencia de las Municipalidades en la entrega de sus programas. Este factor a su vez repercute en los factores de riesgo, lo que podría dificultar la transición hacia los nuevos Servicios Locales de Educación.

A continuación se presenta un resumen de los programas que comprenden Salud Escolar y un análisis previo de las diferentes dimensiones involucradas en el desarrollo de los procesos de los Programas de Salud de JUNAEB. Estas dimensiones son: Marco Normativo, Marco Institucional, Trabajo Intersectorial y la modalidad de ejecución de los programas. Se dividió el análisis en estos cuatro ejes para poder entender mejor el contexto de desarrollo de los programas y poder entregar un mejor análisis de cómo están insertos los procesos en la complejidad del sector público.

6.1. PROGRAMAS DE SALUD ESCOLAR DE JUNAEB

Los programas de Salud Escolar se dividen en áreas estratégicas de trabajo que focalizan la atención a distintas problemáticas de salud que son relevantes para el aprendizaje. Dentro de cada una se contemplan acciones de promoción, prevención y tratamiento. Las áreas mencionadas son:

- **Servicios Médicos:** Entrega detección, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de patologías en las áreas de Otorrino, Oftalmología y Columna. Además, tiene acciones de participación y educación en torno a estas mismas especialidades.
- **Salud Oral:** Comprende dos programas: Programa de Atención Odontológica y Programa Preventivo de Leche Fluorada.
 - **Programa de Atención Odontológica Integral:** Desarrolla acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal. Otorga atenciones en los Módulos Dentales correspondientes a Ingresos y Controles.

- **Programa de Alimentación Fluorado:** Corresponde a la entrega de leche con fluor en aquellas localidades que no cuentan con fluoración del agua potable. Este no se verá mayormente, pues la logística se encuentra relacionada con el Programa de Alimentación Escolar (PAE).
- **Habilidades para la Vida:** Corresponde a un modelo de intervención psicosocial que incorpora acciones de promoción, detección y prevención del riesgo; promueve estrategias de autocuidado y desarrolla habilidades para la convivencia de los diferentes actores de la comunidad escolar. 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 y adolescentes en interacción con sus adultos significativos, como son sus padres y profesores. Desarrolla acciones continuas y secuenciales de promoción del autocuidado de la salud mental del profesor, de clima positivo en el aula, y de interacción positiva entre padres y profesor/educadora; de prevención para niños con conductas de riesgo y derivación a atención de casos a salud mental (Déficit de Atención). Realiza acciones para la coordinación eficaz y regular de la escuela con la red comunal. Cubre pre-básica, primer y segundo ciclo básico. Además se está trabajando en la ampliación de la cobertura, de tal manera de cubrir toda la trayectoria educativa y etapas de desarrollo en el espacio educativo.
- **Área Psicosocial:** Dentro de esta área se encuentran los siguientes programas:
 - **Programa de Escuelas Abiertas:** Consiste en la implementación de actividades diarias durante un máximo de 20 días en el periodo de vacaciones. La modalidad de Escuelas Abiertas incluye alimentación (PAE), seguridad y actividades relacionadas con las áreas que el programa presenta: Hábitos de Vida Sana, Desarrollo Personal, Actividades Culturales, Hábitos de Estudios, entre otras. La actividad no incluye pernoctación.
 - **Programa de Apoyo a la Retención Escolar:** Es un programa de apoyo Psicosocial que contribuye a la permanencia de los estudiantes en el sistema escolar, permitiendo con ello favorecer la igualdad de oportunidades y generando entornos protectores en los estudiantes pertenecientes al programa. La intervención es de carácter preventivo y promocional. Está a cargo de un equipo multidisciplinario de pedagogos, asistentes sociales y psicólogos que, a partir de intervenciones de tipo grupal e individual, realizan acciones en los estudiantes y a la comunidad educativa, con el fin de prevenir la deserción escolar.
 - **Campamentos Recreativos Escolares:** Consiste en la implementación de campamentos que se ejecutan en el período de vacaciones de los estudiantes atendidos. Durante este tiempo, los usuarios de la modalidad, gozan de alojamiento, alimentación, traslados y actividades recreativas en un ambiente seguro y bajo el cuidado de monitores previamente capacitados.
 - **Escuelas Saludables para el Aprendizaje:** Consiste en la implementación de actividades promocionales de salud a través de sus tres componentes: Actividad Física, Alimentación y nutrición saludable, y Salud Bucal, desarrollados en el periodo escolar. El programa interviene en los establecimientos más vulnerables y se gestiona en colaboración y articulación con redes de salud locales, instaladas en los establecimientos.

6.2. MARCO NORMATIVO

Existen diversas políticas públicas creadas en torno a la temática de Salud Escolar. Estas políticas proveen sustento a las intervenciones que realizan distintas instituciones en la materia, entre ellas JUNAEB, a través de sus Programas de Salud. A continuación se enumeran las políticas que abarcan la Salud Escolar como parte de objetivos transversales ligados a la Salud Pública. Estas políticas son:

1. **Objetivos Sanitarios 2011 -2020 MINSAL [37]:** Desarrollada por expertos en salud, los objetivos Sanitarios representan una guía de las principales metas a conseguir en Salud Pública. En ella se plantean 8 objetivos estratégicos, se destacan tres de ellos que están directamente relacionados con la labor y programas de JUNAEB:
 1. Reducir la carga Sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.
 2. **Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.** Se destaca dentro de este punto el área de Salud Bucal, en la que se establece como objetivo “Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables”. Tiene como meta aumentar 35% la prevalencia de libres de caries⁹ en niños de 6 años y disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal. Existen también indicadores asociados a estas metas, los cuales se adjuntan en anexos. [Anexo G]
 3. **Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población.** Dentro de este punto la mayoría de sus objetivos se relacionan directamente con la salud escolar. Se adjunta en anexos tabla de objetivos específicos y metas establecidas para el cumplimiento de este objetivo estratégico, así como los indicadores asociados. [Anexo H e I]
 4. **Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.** Aquí destacan los objetivos descritos para la salud infantil y adolescente. Se adjuntan objetivos, metas e indicadores en anexos. [Anexo J y K]
 5. Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud.
 6. Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de seguridad e inocuidad de los alimentos.
 7. Fortalecer la institucionalidad del sector salud.
 8. Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.
 9. Fortalecer la respuesta adecuada del Sector Salud ante emergencias, desastres y epidemias.

⁹ Sin caries, obturaciones o dientes perdidos por caries

- 2. Chile Crece Contigo:** Es un Sistema de Protección Integral a la Infancia y su objetivo principal es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre kinder (alrededor de los 4 o 5 años de edad). Nace bajo la ley 20.379, que “Crea un sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia "Chile Crece Contigo".[38] [39]
- 3. Elige Vivir Sano:** Es un sistema para el fomento de la vida saludable, que se impulsa como una política de Estado, con la perspectiva de otorgarle sustentabilidad en el largo plazo. Se desarrolla a través de políticas, planes y programas elaborados y ejecutados por distintos organismos oficiales coordinados por el Ministerio de Desarrollo Social. También participan del sistema entidades privadas y empresas en convenio. Sus objetivos son¹⁰ [40]:
1. Fomento de la alimentación saludable para mejorar la nutrición integral y la disminución del sobrepeso.
 2. Promoción de prácticas deportivas.
 3. Difusión de las actividades al aire libre.
 4. Actividades de desarrollo familiar, recreación y manejo del tiempo libre.
 5. Acciones de autocuidado.
 6. Medidas de información, educación y comunicación para la difusión, incentivo y promoción de los hábitos saludables.
 7. Contribuir a disminuir obstáculos que dificultan el acceso a hábitos y estilos de vida saludables de las personas más vulnerables.
- 4. Programas de Salud de JUNAEB:** Están declarados por ley dentro de la conformación de la Junta de Auxilio Escolar y Becas, en la ley número 15.720. [41] En ella se indica que JUNAEB “entregara los siguientes beneficios: alimentación, vestuario, útiles escolares, transporte, becas, préstamos a estudiantes universitarios, atención médica y dental y de preservación y recuperación de la salud en colonias de vacaciones y cualquier otra medida asistencial.” Por otro lado, los detalles que contienen la forma de ejecución de cada programa se detallan en la Resolución Exenta n°139 del año 2007, y sus posteriores modificaciones, en las que se detallan los usos del presupuesto asignado a Salud Escolar. Así también, existen otras resoluciones que detallan las orientaciones técnicas y manuales que precisan las formas de ejecución de estos programas.

¹⁰ <http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/elige-vivir-sano>

Algunas otras leyes y planes que abarcan la salud escolar, y su nivel de relevancia, se resumen en la siguiente tabla:

Tabla n°2: Resumen normativa de Salud Escolar.

Tipo	Nombre	Resumen
Acuerdo Internacional	Plan Estratégico OPS 2014-2019	Plantea dentro de sus objetivos reducir la carga de las enfermedades no transmisibles y promover la buena salud en las etapas claves de la vida, dos puntos que están directamente relacionados con la salud escolar.
Política	Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2013-2020	Política cuyo objetivo es “contribuir a la generación de una cultura de respeto y resguardo de los derechos de las personas con discapacidad física, sensorial, mental y multidéficit, promoviendo su participación efectiva en la vida cívica, educacional, económica, social y cultural, dentro de un marco que garantice a los principios de igualdad de oportunidades, corresponsabilidad respeto a la diversidad, autonomía, diálogo social, y territorialidad, que permitan su plena inclusión social”.
Política	Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría MINSAL	En proceso 2016 – 2026
Política	Agenda de Fortalecimiento a la Educación Pública	Política que contempla acciones inmediatas de fortalecimiento a la Educación Pública en aspectos como acceso, enseñanza efectiva, organización y ambiente escolar inclusivo, infraestructura, deportes, arte, entre otras cosas. Implica inyección de recursos y creación de programas como PACE (Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo a la Educación Superior). También en el apoyo a los sostenedores municipales para optimizar su gestión; garantizar altos estándares al interior de las salas de clase y mejorar la formación y la práctica de los profesores y equipos directivos de las escuelas y liceos públicos.
Ley	Ley Deberes y Derechos del Paciente	Establece deberes y derechos de toda persona vinculada a atención de salud, cualquiera sea el prestador (público o privado), y que ejecute acciones de promoción, protección, recuperación o rehabilitación.
Ley	Ley de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia	En proceso - Consejo Nacional de la Infancia.-

Programa	Programa de Seguridades y Oportunidades MIDESOL	Reformulación del Programa de Ingreso Ético Familiar, un programa de ayuda social para familias de escasos recursos que contemplan la entrega de bonos de acuerdo al reconocimiento de logros y el cumplimiento de deberes, en áreas de salud, educación y trabajo.
Norma	Normas de Uso de Fluoruros en la Prevención Odontológica	Documento que norma el uso de fluor como estrategia para la prevención y control de la caries dental.

6.3. MARCO INSTITUCIONAL

Los Programas de Salud Escolar están insertos en un trabajo multisectorial realizado por diversas instituciones públicas, lo que complejiza su análisis. Para una mejor comprensión de los procesos de estos programas se han revisado las distintas instituciones involucradas, los roles que cumplen y el nivel de involucramiento que poseen en la ejecución final de estos programas. A continuación se presenta un resumen del análisis realizado.

Ministerio de Educación

En la estructura institucional, el Ministerio de Educación es el órgano rector del sistema. Entrega los objetivos y lineamientos esperados, y aprueba los planes de ejecución de los programas a través de la **ley de presupuesto**. Esta última es clave para comprender la relación entre el Ministerio de Educación y JUNAEB.

“En el ámbito de la administración del Estado, el presupuesto público consiste en una estimación de los ingresos proyectados para un año calendario y de los gastos autorizados para aplicar esos fondos. El presupuesto es proyectado por todas las reparticiones del Sector Público, clasificado de acuerdo con un plan de cuentas de general aplicación, consolidado por el Ministerio de Hacienda y presentado mediante un proyecto de ley al Congreso Nacional, para su discusión y aprobación”.¹¹ Si bien JUNAEB es un ente autónomo, su presupuesto es presentado como parte de la cartera de Educación, y por ende, debe ser aprobado por el Ministerio de Educación. Es la Ministra y Subsecretaria de Educación, a través de la Unidad de Planificación y Presupuesto (DIPLAP), los encargados de revisar el presupuesto entregado por JUNAEB, el cual generalmente se conversa en diversas instancias con estas autoridades, con el objetivo de acordar aumentos o rebajas de presupuesto que se necesiten, así como la materialización de los objetivos propuestos por el Ministerio. Por ende, la influencia del Ministerio de Educación sobre JUNAEB es especialmente importante en el diseño de nuevos programas y en la asignación de presupuesto.

¹¹ https://www.camara.cl/camara/media/presupuesto/2012/minuta_explicativa.pdf

JUNAEB

JUNAEB es la institución responsable del diseño y ejecución de los Programas de Salud Escolar en el sector educación. Es una institución que nace como una asociación (Junta) de diversas instituciones y actores del sector Educación, Salud, Federación de Educadores, Organización de Centro de Padres, Municipalidades, entre otros. A pesar que a partir de la dictadura militar se suprimió la junta, esta multidisciplinariedad en su génesis puede explicar en parte la gama de enfoques que actualmente posee JUNAEB en la entrega de sus servicios. Otro punto importante, y que es una de sus fortalezas, es el despliegue territorial y el trabajo en red con el que cuenta. Esto también se liga a los comienzos de la institución, en los que parte como juntas locales de trabajo. Actualmente es de las pocas instituciones que, siendo descentralizada, permite la entrega de servicios a lo largo de todo el país, pero con una coordinación desde el nivel central, que permite entregar servicios de forma equitativa a estudiantes de todo el territorio.

La división entre Dirección Nacional y Direcciones Regionales permite poder establecer objetivos y programas globales que son ejecutados a nivel regional con una mirada de pertinencia local. En relación a los Programas de Salud Escolar, la Dirección Nacional posee a nivel centralizado un Departamento de Salud, dividido en 4 unidades funcionales: Unidad de Servicios Médicos; Unidad de Salud Bucal; Unidad de Habilidades para la Vida y Unidad de Apoyo Psicosocial, además de una unidad de apoyo, la Unidad de Control de Gestión Interna y Presupuesto. Este departamento entrega apoyo y directrices a los departamentos de salud de las Direcciones Regionales. En la Región, se coordinan la ejecución de los programas a nivel local, en las Comunas y Establecimientos educacionales, entregando lineamientos, capacitando y controlando los procesos necesarios para la entrega de los servicios.

Municipalidades

Las Municipalidades son parte de la llamada Red de colaboradores de JUNAEB, que son el conjunto de funcionarios a nivel local que cooperan con la ejecución de los programas JUNAEB. La gran parte de los programas de Salud son ejecutados con ayuda Municipal, siendo de gran importancia para la coordinación en la entrega de servicios y el control del correcto desarrollo de estos.

Dependiendo del programa, la municipalidad puede ser o no ser parte de la provisión del servicio. Sin embargo, sin importar si provee el servicio, es esencial para ayudar en la entrada a los colegios, especialmente a los municipales, al ser el sostenedor de estos. La dotación de JUNAEB a nivel regional es baja. Un ejemplo es el área de Servicios Médicos de la Región Metropolitana, dependiente de la Unidad de Salud del Estudiante, el que consta de 4 personas que deben gestionar la ejecución del programa en las 54 comunas de la Región Metropolitana. Es esta una de las razones por la que es vital contar con el apoyo de las municipalidades en la gestión y control de los programas.

Otras Instituciones.

A raíz de los Programas de Salud Escolar, JUNAEB se relaciona con otros organismos públicos que desarrollan intervenciones en esta materia. Algunos de ellos son: Ministerio de Salud, SENDA, JUNJI, entre otras. La relación se realiza principalmente a nivel central, en la participación en el desarrollo de políticas públicas en conjunto. A nivel local, también existen instancias de coordinación, preferentemente a nivel comunal. Una instancia de coordinación nueva que se ha generado desde el Ministerio de Educación es Aulas del Bien Estar, del cual se hablará más adelante.

La relación con instituciones privadas u ONGs se da principalmente en las postulaciones que estas organizaciones realizan a las licitaciones o concursos que desarrolla JUNAEB. Los requisitos varían dependiendo del programa, sus plazos y objetivos. Se profundizará sobre las modalidades de ejecución de los programas en un apartado posterior.

6.4. TRABAJO INTERSECTORIAL

La naturaleza de los Programas de Salud Escolar involucra la necesidad del trabajo intersectorial. Cada programa posee una línea de trabajo intersectorial, el que suele ser la participación en mesas de trabajo, congresos u otras instancias en que se comparten experiencias de intervención y se aúnan lineamientos.

En este punto es importante rescatar la labor de Aulas del Bien Estar, programa del Ministerio de Educación que propone un modelo de intervención conjunta con las instituciones participantes. De manera más específica, Aulas del Bien Estar se define como “un componente de la Política Nacional de Convivencia Escolar del Ministerio de Educación que utiliza un Modelo de Gestión Intersectorial construido en alianza con el Ministerio de Salud (MINSAL), la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), para asegurar el buen logro de trayectorias educativas en todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de las Escuelas y Liceos públicos, mediante la construcción de comunidades protectoras e inclusivas, que se ocupen del bienestar y cuidado integral de sus estudiantes, enseñando a cuidar la relación entre ellos, y las relaciones en general que se dan entre todos los integrantes de la comunidad educativa”. [42]

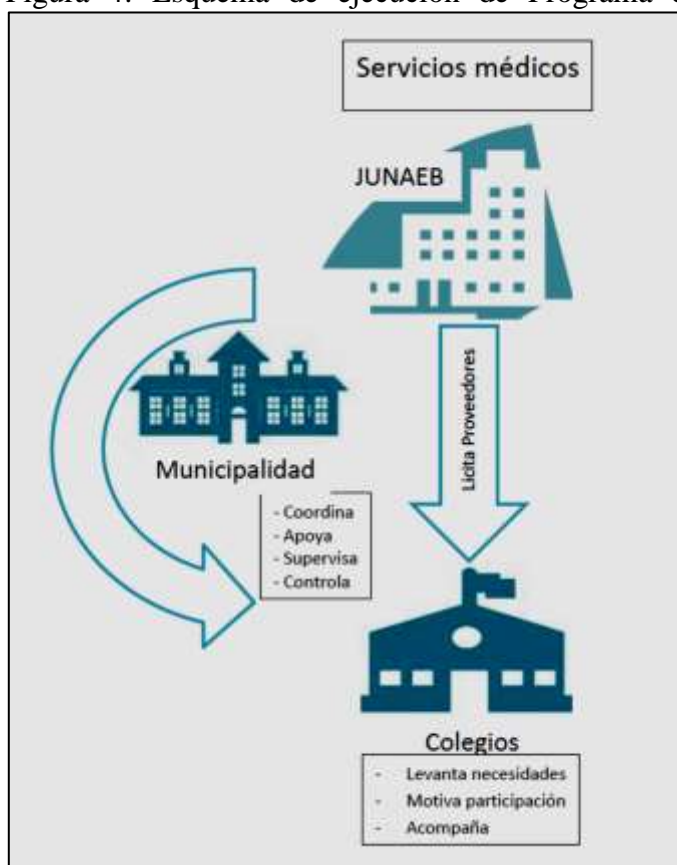
6.5. MODALIDAD DE EJECUCIÓN

La modalidad de ejecución de los diversos programas de Salud Escolar es diferente entre sí. A continuación se detallará el modelo de ejecución de cada uno de los programas.

Programa de Servicios Médicos

El Programa de Servicios Médicos es licitado generalmente cada dos años en forma separada por cada especialidad, Otorrino, Oftalmología y Columna. Otros servicios asociados, como exámenes o tratamientos para patologías de mayor complejidad (ej. implantes cocleares,) son licitados también por separado¹². Para la ejecución de este programa, JUNAEB cuenta con el apoyo de la Red de Colaboradores, donde destaca la figura del Coordinador Comunal. Este es un representante de la Municipalidad, encargado de coordinar la ejecución del programa y apoyar en el control de este, para una correcta entrega de los servicios asociados. También es parte de esta red los Encargados de Salud de los Establecimientos Educativos. Ellos apoyan la ejecución del programa en su colegio. A continuación se muestra un esquema que representa la forma de entrega del programa.

Figura 4: Esquema de ejecución de Programa de Servicios Médicos. Elaboración propia.

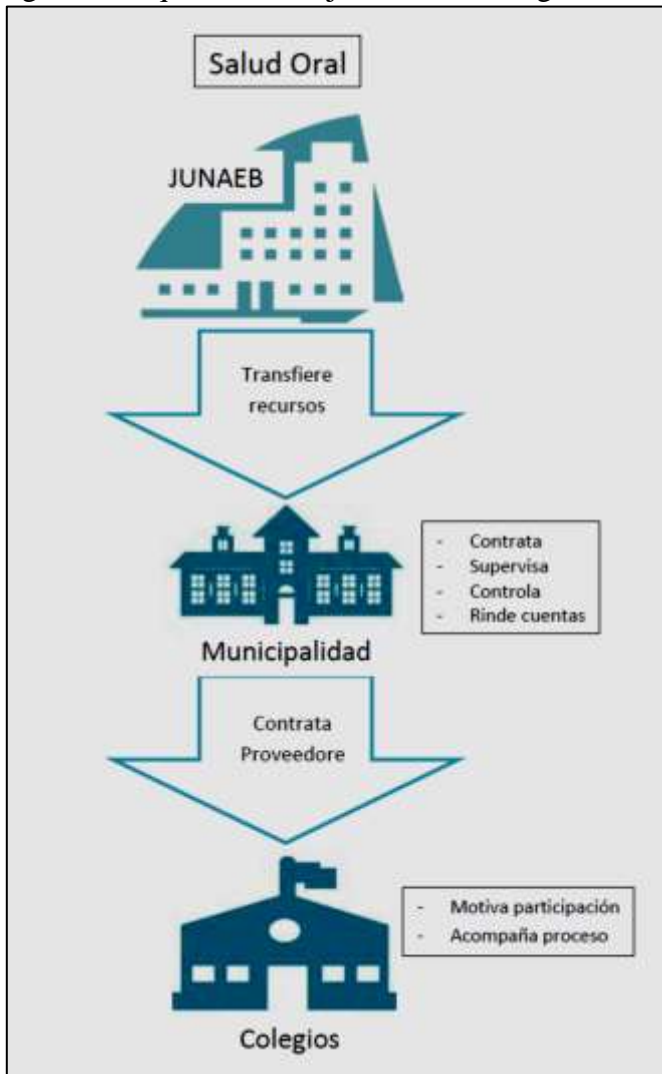


¹² La adquisición de implementos como lentes ópticos, audífonos y otros implementos son realizados a través de convenio marco. Este proceso lo realiza JUNAEB y no está contemplado dentro del análisis realizado.

Programa de Salud Oral

Salud oral por otro lado, ejecuta el Programa de Atención Odontológica Integral a través de convenios y transferencias de recursos a las municipalidades. Las municipalidades reciben estos recursos, contratan personal y ejecutan el programa. Existen costos que no son cubiertos por JUNAEB, como por ejemplo los costos de administración, los cuales son cubiertos por la municipalidad como parte del compromiso adquirido en el convenio que se firma para la ejecución del programa. A continuación se muestra un diagrama que ejemplifica la forma de ejecución del programa.

Figura 5: Esquema de la ejecución del Programa de Salud Oral. Elaboración propia.

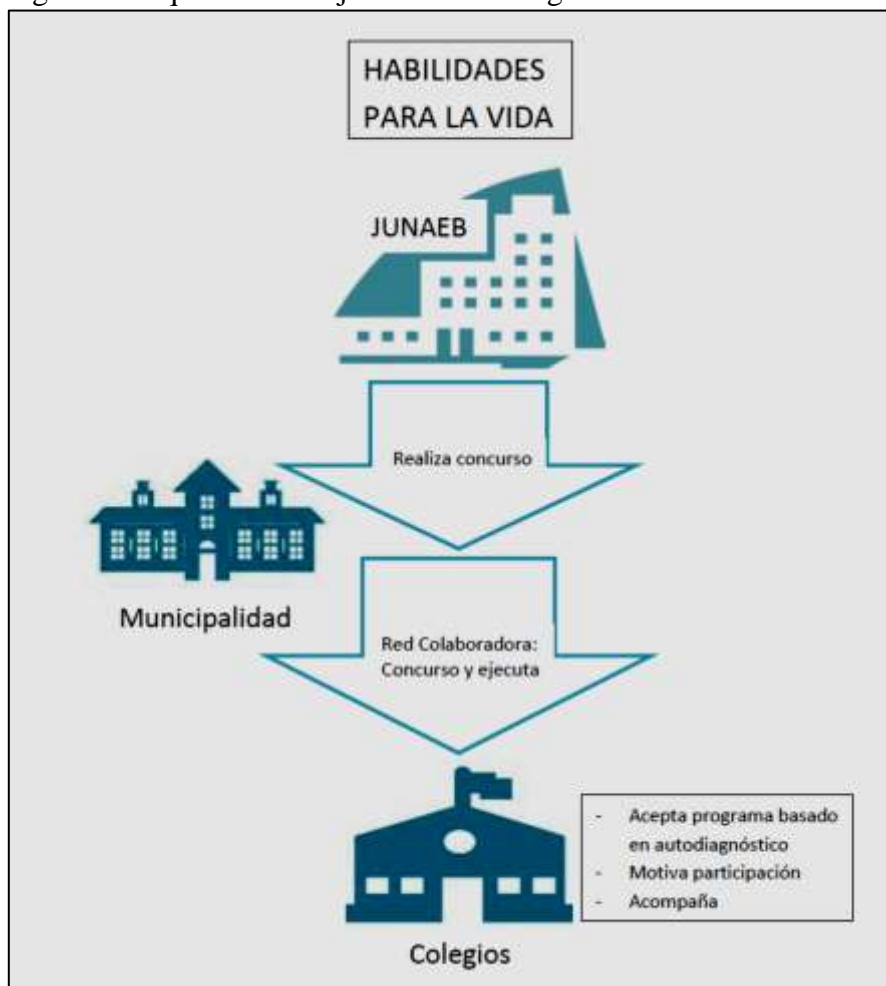


Esta modalidad de ejecución presenta la problemática de requerir necesariamente que las Municipalidades aporten con recursos y espacios para su ejecución. Existen Municipios que no cuentan con los recursos o que no están dispuestos a invertir en estos programas, lo que finalmente deja afuera a niños que si poseen la necesidad del beneficio.

Habilidades para la Vida y Área Psicosocial

Finalmente, los programas de Habilidades para la Vida y del Área Psicosocial, son ejecutados vía concurso público. A estos pueden postular todos aquellos que cumplan las condiciones del concurso, y que cuente con el apoyo del colegio y sostenedor. En el caso de los colegios municipales, el sostenedor es la Municipalidad. Las Municipalidad usualmente participan en los diversos concursos, así como también otros organismos, como ONGs. y Fundaciones. A continuación se muestra un diagrama que ejemplifica la forma de ejecución del programa.

Figura 6: Esquema de la ejecución del Programa de Salud Oral. Elaboración propia.



El levantamiento de procesos se ha enfocado en el programa de servicios médicos. Esto debido a que, en un primer análisis, este programa pareciera ser el mejor ejemplo del trabajo que debiese realizar en conjunto con los Servicios Locales de Educación. A continuación, se verá más en detalle este programa.

7. LEVANTAMIENTO DE PROCESOS

7.1. Definición del Proyecto

Dado en análisis anterior, se elige el Programa de Servicios Médicos como el foco a estudiar. Las razones de su elección son porque el programa presenta una dinámica con las municipalidades, en la figura del Coordinador Comunal, que presenta gran similitud a las atribuciones que tendrán los Servicios Locales de Educación, indicadas en el proyecto de ley de creación del Sistema de Educación Pública. Al respecto, en el art 12 sobre funciones y atribuciones de estos Servicios, se señala como función el “Coordinar y apoyar la ejecución de planes y programas de otros órganos de la Administración del Estado, tales como la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas y las municipalidades, respecto de los establecimientos educacionales de su dependencia”. Es importante por ello que el análisis se realice con la visión de considerar un método de coordinación de los Programas de Salud Escolar de JUNAEB.

Por otro lado, el espíritu del proyecto plantea la necesidad de mejorar el trabajo que se está realizando actualmente en los colegios, especialmente en términos de apoyo multidisciplinario y administrativo. Es por este que el otro foco del proyecto es poder detectar brechas u oportunidades de mejoras que puedan ser implementadas a partir del cambio de coordinación desde las municipalidades a los SLE. Es importante considerar un rediseño que aproveche las nuevas estructuras para poder mejorar los actuales procedimientos.

A continuación se profundiza en el Programa de Servicios Médicos y en los procesos que contempla su ejecución, como parte de

7.2. Servicios Médicos.

Este programa se creó el año 1992 y consiste en la detección y tratamiento de patologías en tres ámbitos de la salud: visión, audición y columna. El objetivo del programa declarado por JUNAEB es: “Contribuir a mejorar las condiciones de Salud visual, auditiva y postural de Estudiantes de Establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados, a través de acciones de promoción, detección, atención y tratamiento médico especializado, resolviendo problemas de salud vinculados al acceso, permanencia e integración del escolar al proceso educativo y su trayectoria”.

El programa cubre patologías asociadas al desempeño e integración del alumno al proceso educativo. Los diagnósticos cubiertos son:

- **Oftalmología:** cubre patologías asociadas a disminución de la agudeza visual.
- **Otorrinolaringología:** 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. Su objetivo central es la detección temprana de disminución de la agudeza auditiva, pérdidas leves, moderadas, en especial las hipoacusias progresivas.
- **Columna:** Atiende escoliosis y dorso curvo, previniendo alteraciones mayores que limitan la normal integración y rendimiento en el sistema educativo.

Las prestaciones médicas comprendidas en el programa son:

- **Screening:** Tamizaje realizado con la finalidad de pesquisar problemas de salud que serán atendidos por el programa (vicios de refracción, hipoacusia, alteraciones posturales).
- **Atenciones médicas:** Evaluación clínica desarrollada por profesional médico especialista en Oftalmología, Otorrino y Columna, o bien por Tecnólogos Médicos con mención en Oftalmología, debidamente acreditados en refracción clínica.
- **Exámenes médicos:** Audiometría, impedanciometría, radiografías y exámenes Bera.
- **Tratamientos de Apoyo:** Ejercicios ópticos, lentes, lentes de contacto, audífonos, planes de adaptación de audífonos, sesiones de kinesioterapia, corsés, Plan de apoyo al uso del corsé, realces. implantes auditivos, equipos fm, planes remediales para audífono y corsé, y medicamentos.

La población objetivo son estudiantes de establecimientos educacionales municipales y particulares subvencionados del país, tanto rurales como urbanos. La entrada al programa está focalizada en cursos en los que se presentan estas patologías con mayor incidencia o prevalencia. El detalle de la focalización por curso es el siguiente:

Tabla n°3: Cursos focalizados según especialidad.

Especialidad	Curso
Visual	Pre Kinder
	Kinder
	1° Básico
	Autopesquisa 6° Básico
Auditivo	Pre Kinder
	Kinder
	1° Básico
Columna	7° Básico

El programa se organiza regionalmente a través de las Direcciones Regionales y/o Provinciales de JUNAEB. El modelo de ejecución del programa comprende la participación de otros actores, además de JUNAEB. Los principales actores son el Coordinador Comunal y el Encargado de Salud del establecimiento. A continuación se detallan las funciones de cada uno.

Las funciones del **Coordinador Comunal** declaradas por JUNAEB al Alcalde son¹³:

- Gestionar e implementar el programa en los establecimientos educacionales Municipales y Particulares Subvencionados (inscritos en el programa); coordinando este trabajo con los encargados de salud al interior de los establecimientos educacionales.
- Velar por el cumplimiento de fechas y plazo de los distintos procesos y etapas del programa, estableciendo relaciones de trabajo con los actores de la red comunal y prestadores contratados por JUNAEB, los cuales atenderán en la comuna.
- Informar y notificar oportunamente días y horarios de atenciones médicas a establecimientos educacionales, estudiantes y familias.
- Implementar el Sistema Computacional Integrado de JUNAEB en la Pesquisa, en todos los establecimientos educacionales acreditados y cursos focalizados.
- Realizar seguimiento y control de coberturas asignadas y requeridas por la comuna.

Estas funciones fueron complementadas por JUNAEB, indicando las siguientes tareas adicionales:

- Recuperar y consolidar el Informe de Necesidades de Atención (INA) a nivel comunal, asegurando las firmas de director, consejo escolar y director.
- Gestionar acciones de capacitación y retroalimentación del programa para los encargados de escuela, realizar un cuenta pública comunal de sus tareas, acciones y logros a nivel comunal.
- Articular acciones de capacitación y difusión del programa para centros de padres
- Articular y favorecer el trabajo de los prestadores de Participación y Educación en escuelas de la comuna, entre otros.

Las funciones del **Encargado de Salud** del establecimiento declaradas a los directores son¹⁴:

- Gestionar, implementar y coordinar el programa dentro de su establecimiento.
- Velar por el cumplimiento de fechas y plazos de los distintos procesos y etapas del programa.
- Actualizar las nóminas de controles de su establecimiento, en las tres especialidades del programa.
- Responsable de contar con los Consentimientos Informados de todos los niños/as y jóvenes que requieran ser atendidos por primera vez en el programa, resguardo las colillas en los establecimientos educacionales, si así fuese serán corresponsables los Directores.
- Implementar Sistema Computacional Integrado de JUNAEB en la Pesquisa, en su establecimiento acreditado y cursos focalizados.
- Entrega oportuna de la Acreditación de su establecimiento con su Informe de Necesidades de Atención (INA) con datos completos
- Realización de seguimiento y control de coberturas asignadas y requeridas por el establecimiento.

¹³ Funciones extraídas de cartas de invitación al programa a alcaldes de las comunas.

¹⁴ Funciones extraídas de cartas de invitación al programa a Directores de establecimientos de las comunas adscritas.

- Preparar e implementar el espacio físico, junto con los tecnólogos y kinesiólogos que irán a realizar los screening; estar presente en los screening visuales, auditivos y de columna que se realizan en su establecimiento con las nóminas de niños a evaluar.
- Informar y notificar oportunamente días y horarios de atenciones médicas a estudiantes y familias para sus controles e ingresos al programa.
- Resguardar en todos los niveles la información personal utilizada para la gestión del programa.

Estas funciones fueron complementadas por JUNAEB, indicando las siguientes tareas adicionales:

- Velar por el cumplimiento de fechas y plazos de : pesquisa; Informe de Necesidades de Atención (INA), consentimiento informado, atenciones médicas, gestión de tratamientos, asegurar el uso y cuidado del tratamiento, contar con registros actualizados de los casos de ingreso y control de la escuela, así como del número y tipo de tratamientos que existe.

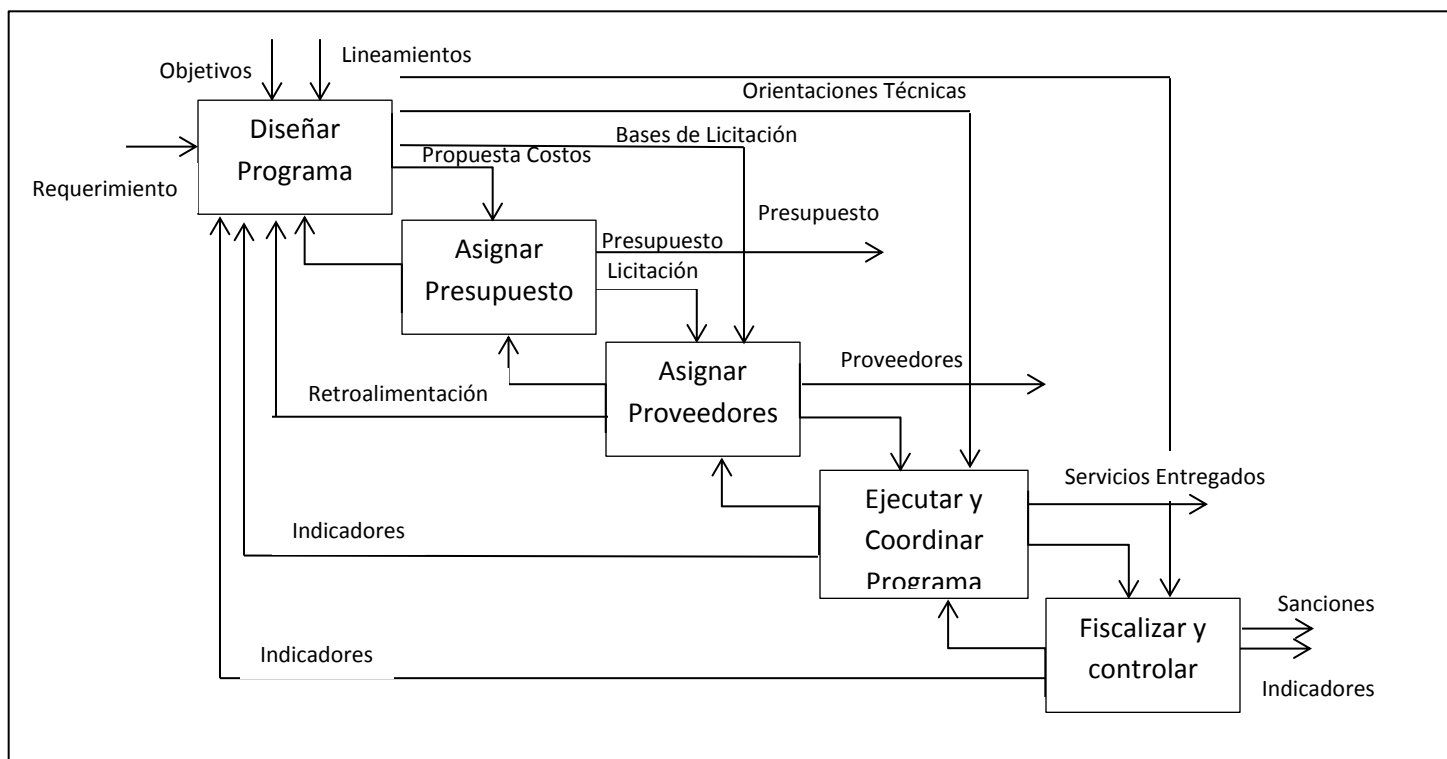
7.3. PROCESOS DEL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS

El Programa de Servicios Médicos contempla dentro de su Modelo de Intervención, tres ejes o componentes, estos son:

- Educación y participación.
- Asistencia o entrega del servicio.
- Alianzas intersectoriales y de expertos.

El primer punto ha sido incorporado en las licitaciones de los servicios, para ser ejecutadas distintas actividades de promoción y educación por parte de los proveedores. Esto corresponde a un formato nuevo que no ha sido considerado en este trabajo. El tercer punto es considerado más estratégico, y generalmente está asociado al diseño de programas o al intercambio de experiencias o mejoras. El presente análisis se enfocará en el punto dos, “asistencia o entrega del servicio”. A continuación se diagrama el macro niveles del ciclo general de los programas de salud. Se profundizará en el nivel de Ejecutar y Coordinar Programas, del Programa de Servicios Médicos.

Figura n°7: Macro niveles ciclo general de los Programas de Salud de JUNAEB. Elaboración Propia

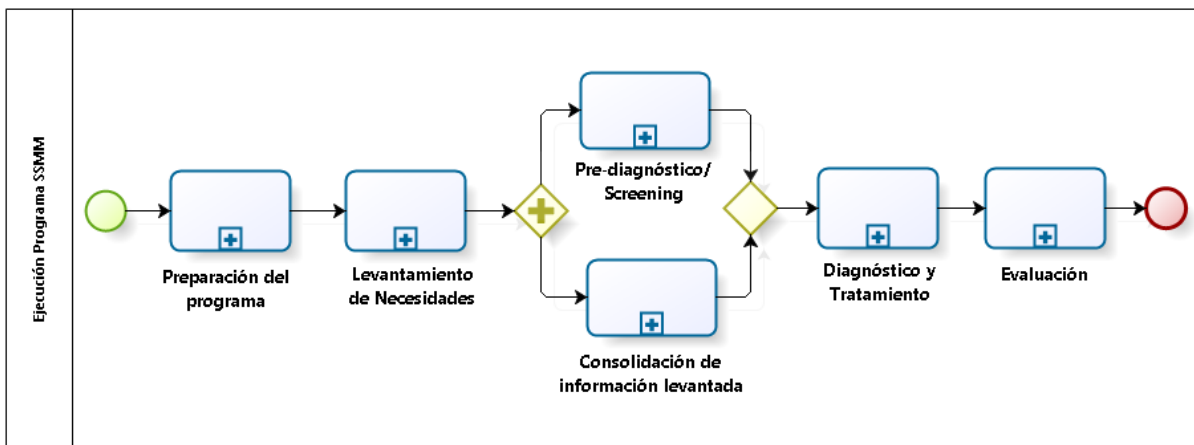


Las municipalidades participan principalmente en la ejecución y coordinación del programa, por lo que es en ese nivel en el que se centra el presente trabajo. A continuación se detallan los procesos insertos en ese nivel.

7.3.1. Proceso General.

La ejecución del programa de Servicios Médicos se puede descomponer en 6 macro-procesos. La representación gráfica de estos macro-procesos es el siguiente:

Figura n°8: Proceso General Programa Servicios Médicos.



El tiempo de ejecución del programa levantado tiene como duración un año calendario. El proceso comienza con la **Preparación del programa**, la que consiste en el nombramiento de los responsables a nivel local. Estos son el Coordinador Comunal, nombrado por cada Alcalde de las comunas participantes, y los Encargados de Salud de los colegios de la comuna, nombrados por los directores respectivos. Junto a esto, ocurren las jornadas de inicio del programa, organizadas por JUNAEB regional, y las jornadas de inicio de cada comuna, organizadas por los Coordinadores Comunales, para coordinar a los encargados de salud de los establecimientos participantes. Las jornadas de inicio comprenden la capacitación y calendarización del programa, además de la entrega del material necesario para comenzar la siguiente etapa.

Una vez finalizada la etapa de preparación, se inicia el programa en los colegios. Cada colegio debe realizar el **Levantamiento de Necesidades** a cubrir, es decir, debe identificar a los niños, pertenecientes a los cursos focalizados, que requieren ser evaluados en las patologías cubiertas por el programa. En esta etapa se aplica un criterio de focalización, el que indica si al colegio le corresponde un chequeo de toda la matrícula o sólo de aquellos estudiantes que aparecen con posibles problemas y que han sido detectados por una pesquisa del profesor. Esta **pesquisa** corresponde a la aplicación de instrumentos que puedan determinar factores de riesgo de los niños, como encuestas o test diseñados por JUNAEB y aplicados por el profesor. La otra opción de evaluar a todos los niños de la matrícula del curso focalizado se denomina **barrido**.

Una vez pesquisadas las necesidades, comienza la **Consolidación de información levantada** en el sistema informático. Paralelamente, se comienza el proceso de **Pre-diagnóstico/Screening**, en el que se evalúa a los estudiantes previamente pesquisados o se realiza el barrido, según

corresponda. Finalmente, a los alumnos detectados con problemas se les deriva al profesional correspondiente, para la etapa de **Diagnóstico y tratamiento**. Una vez finalizada la ejecución del programa, se procede a la **Evaluación** de la ejecución de este. A continuación se detallan los macroprocesos mencionados.

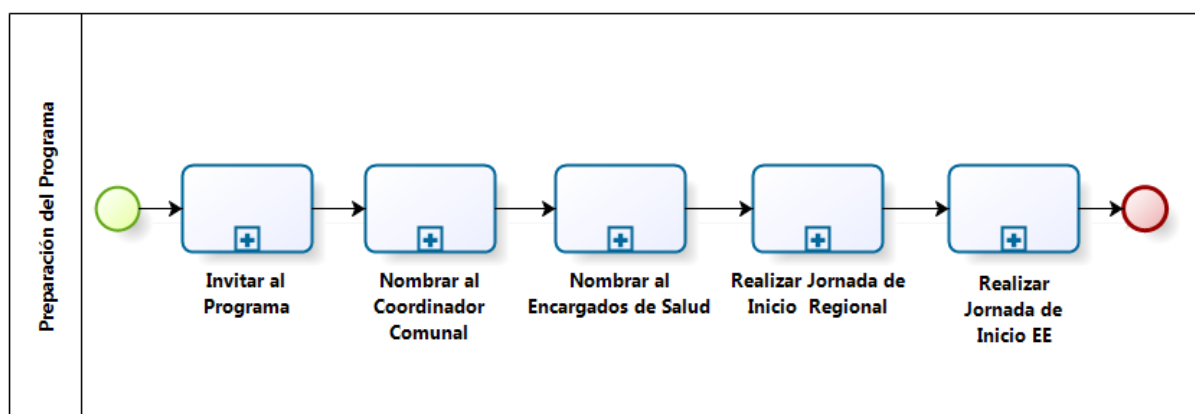
7.3.2. Preparación del programa

Este proceso se realiza una vez al año, con un plazo de ejecución entre los meses de Febrero y Abril, pudiéndose prolongar debido a atrasos en los procesos. Participan JUNAEB Regional, los Coordinadores Comunales de cada Municipalidad que participa del programa de Servicios Médicos, así como los encargados de salud de los colegios. Además, participan los Alcaldes y Directores, siendo los encargados de nombrar los responsables en cada espacio local.

Posterior al nombramiento, se realizan reuniones de coordinación, tanto en el nivel regional como en el comunal. El objetivo es entregar información y capacitar a los actores, para poder alinearse en la entrega del servicio. Además, el coordinador entrega la información y materiales del programa a los colegios, para comenzar con el pre-diagnóstico.

Entrada	Salida
Invitación a la participación del programa.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombramiento Coordinador Comunal. - Nombramiento Encargados de Salud colegios. - Responsables capacitados

Figura n°9: Proceso de Preparación del programa.



Cada subproceso se ha diagramado por separado, para entregar el detalle de cada etapa. Este detalle se encuentra en el anexo de este trabajo. [Anexo L]

El proceso comienza con el inicio del trabajo anual del programa, el que se planifica a nivel nacional. No se detallarán estos procesos de planificación, pues escapa del foco del trabajo a levantar, que está centrado en la gestión del Coordinador Comunal. Cabe señalar que la entrada de las comunas al programa tiene como base la firma de un Convenio de Colaboración Mutua (Anexo). Este convenio estipula el apoyo de la comuna en la implementación de los programas de JUANEB y se renueva automáticamente a menos que alguna de las partes no lo desee. No se tomó este paso como parte del proceso, pues es un antecedente previo y no constituye un proceso que deba realizarse periódicamente.

Del proceso se destacan 4 hitos importantes: El nombramiento del Coordinador Comunal, los nombramientos de los encargados de salud de los colegios de la comuna y las jornadas de inicio, tanto a nivel regional como comunal.

- **El nombramiento del Coordinador Comunal** marca la entrada de una comuna en el programa de Servicios Médicos. Es el proceso legal mediante el cual el Alcalde delega la responsabilidad de la coordinación del programa en la comuna. Además, la Municipalidad adquiere el compromiso de entregar el tiempo y herramientas que esta persona necesita para cumplir las responsabilidades aquí adquiridas.

Esta etapa es vital, pues significa para JUNAEB, conocer su interlocutor oficial y poder comenzar el trabajo en la comuna. Sin embargo, esta tarea puede demorar dependiendo de los procesos y prioridades de cada Municipalidad, lo que puede retrasar la puesta en marcha del programa. Un ejemplo de esto es que, según los datos entregados por JUNAEB Región Metropolitana, el año 2016 el 37% de los Nombramientos de la región se entregó fuera del plazo de x semanas que solicita JUNAEB.

Cabe destacar que la participación es voluntaria, y actualmente existe una comuna en la región metropolitana cuyos colegios no son beneficiados con este programa. Por ende, la no participación, independiente de las razones que posean, puede implicar un costo social para los estudiantes de los colegios de las comunas afectadas, al no poder acceder a los beneficios de estos.

El perfil y competencias del Coordinador Comunal también se levantan como puntos clave que pueden determinar el éxito o no en la implementación del programa. Se retomará este punto más adelante, en un análisis más exhaustivo del perfil de este cargo.

- El siguiente hito es el **nombramiento del Encargado de Salud** en los colegios participantes. Los colegios municipales y subvencionados deben tener un Encargado de Salud para participar en el programa, sin embargo, el presente trabajo se enfoca en colegios municipales. El proceso de nombramiento de los encargados de salud, en colegios municipales, suele ser mucho más expedito. Esto se explica principalmente por la jerarquía que existe entre la comuna (sostenedor) y los colegios, lo que permite un menor tiempo de respuesta entre la solicitud del nombramiento por parte del Coordinador Comunal, y el envío del nombramiento del Encargado por parte del Director de cada Establecimiento. Dada la importancia del Encargado de Salud en la ejecución del programa, se retomará esta figura en un apartado posterior.

- Los siguientes hitos son **las jornadas de inicio**, tanto a nivel regional como comunal. En la jornada regional se entrega la información del programa y la calendarización de este. Además, se capacitan a los Coordinadores en el uso de los programas computacionales y se entrega material para el cumplimiento de sus tareas, como el manual del Coordinador Comunal. Esta jornada se realiza a comienzos del año escolar. La participación en esta jornada es crucial, dada las capacitaciones. Si bien la asistencia en general es alta (96% el 2016 en RM)¹⁵, no siempre asisten las personas que coordinarán el programa ese año, asistiendo en su reemplazo el Coordinador Comunal saliente o un funcionario de reemplazo de la comuna.

Luego, se realiza una jornada por cada comuna participante. Es organizada pero a nivel comunal, la en donde además se analizan los resultados obtenidos por la comuna. Estas jornadas son importantes para dar pie al inicio de la ejecución del programa en cada nivel (regional y comunal). Las jornadas comunales deben ser realizadas entre los meses de Marzo y Abril, sin embargo pueden verse retrasadas por responsabilidad del Coordinador Comunal. Según los entrevistados, los retrasos se deben principalmente a la prioridad que posee el programa para la comuna y las otras responsabilidades que posea el Coordinador Comunal, dado que la coordinación del programa de Servicios Médicos suele no ser su única responsabilidad. Este retraso finalmente perjudica la ejecución del programa en la comuna, retrasando todo el proceso a continuación.

7.4. Levantamiento de Necesidades (Pesquisa o Barrido)

Una vez coordinada la ejecución y responsables del proceso, se realiza un levantamiento de las necesidades de los colegios. En este proceso participan principalmente los establecimientos educacionales, con los Encargados de Salud y los Profesores de los cursos focalizados, que pueden ser el profesor jefe o el de educación física.

El objetivo de esta etapa es generar una nómina del colegio con los estudiantes que es necesario evaluar por profesionales, que corresponde a la etapa posterior. Lo ideal es poder comenzar esta etapa en Marzo y terminarla rápidamente, sin embargo suele comenzar en Abril/Mayo, siendo el plazo para finalización el mes de Junio. En el proceso de pre-evaluación, la entrada y salida es:

Entrada	Salida
- Solicitud de pre-diagnóstico por parte de JUNAEB	- Nómina de niños pesquisados para ser evaluados en la siguiente etapa

¹⁵ Información entregada por SSMM Región Metropolitana.

Figura n°10: Levantamiento de Necesidades (Pesquisa)

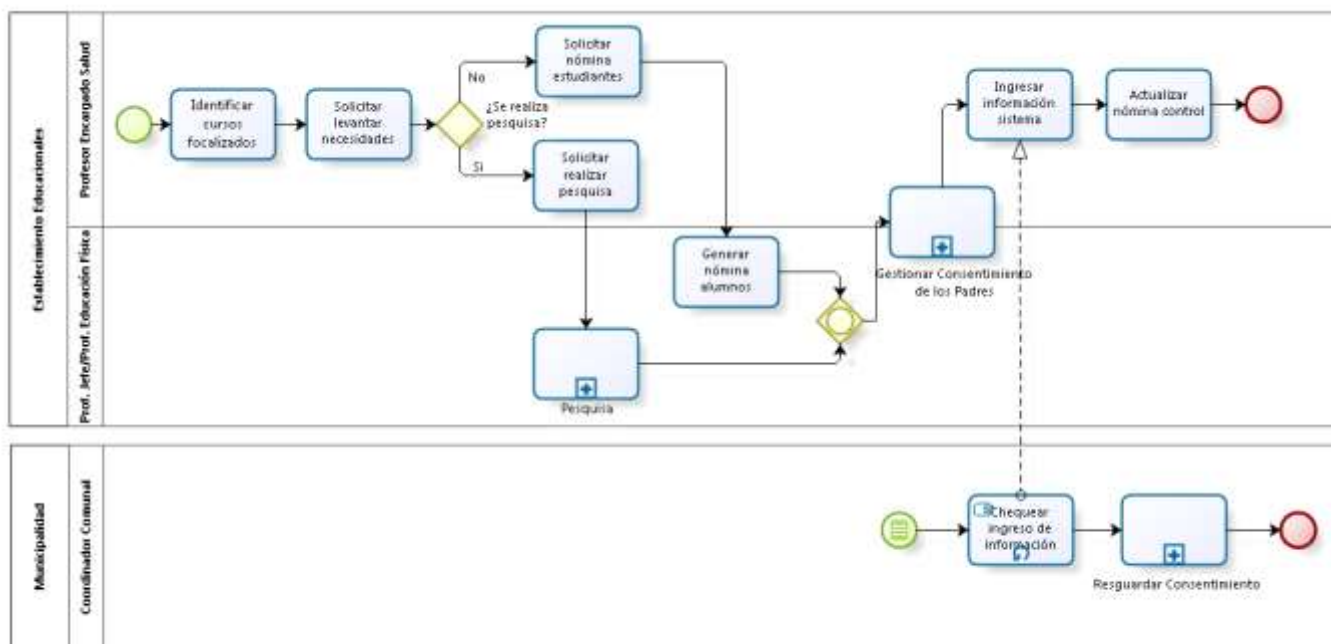
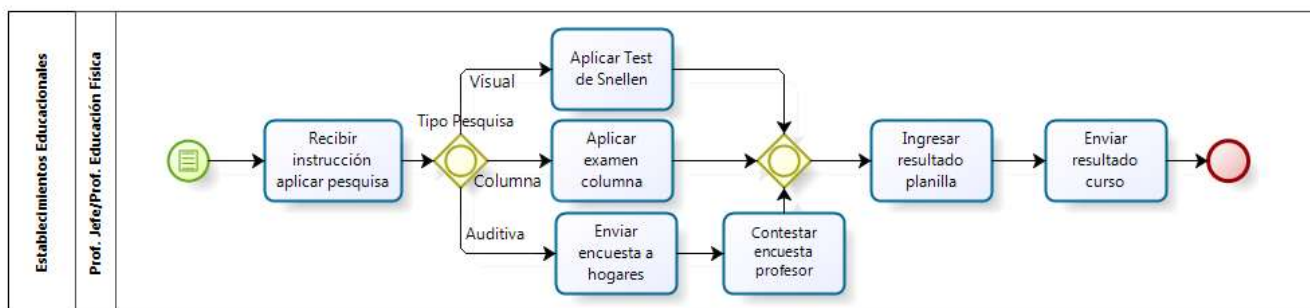


Figura n°11: Proceso Pesquisa.



El detalle de los subprocesos declarados en el levantamiento de necesidades se puede revisar en anexos [Anexo M]. Se ha colocado el detalle del proceso de pesquisa para mayor comprensión de esta etapa.

Luego de las reuniones de inicio realizadas en cada comuna, los encargados de salud de los colegios inician la etapa de Levantamiento de necesidades de cada establecimiento. Ellos han sido capacitados para esto en la etapa previa y han recibido los materiales necesarios para llevarla a cabo (encuestas, tablas, etc.)

En esta etapa JUNAEB focaliza a las comunas con colegios más vulnerables y aquellas que presentan una mayor incidencia de la patología¹⁶. Esas comunas no realizan pesquisa, pues posteriormente se realiza un barrido, que corresponde a la realización de un pre-diagnóstico, realizado por un profesional de la salud, a toda la matrícula de los cursos focalizados (ver tabla n°3, sobre focalización de cursos por especialidad). Este barrido se realiza en la etapa siguiente, sin embargo en esta etapa se genera la nómina de los niños de los cursos focalizados.

Gran parte de las comunas no se encuentra focalizada y debe realizar pesquisa por el profesor o Encargado de Salud. La pesquisa corresponde a la aplicación de un instrumento (test o encuesta) por parte del profesor del curso focalizado, con el objetivo de detectar alguna anomalía relacionada a las patologías focalizadas por el programa. La principal dificultad de esta etapa son las encuestas que se envían a los padres o apoderados, por la dificultad de que estos la regresen al colegio. Algunas de las comunas han implementado estrategias para mejorar el tiempo de respuesta, como por ejemplo que se responda dentro de la reunión de apoderados. Sin embargo, este tipo de esfuerzo dependerá del interés del colegio en el programa y de las gestiones del Encargado de Salud y el Coordinador Comunal.

Existe una “pérdida” de estudiantes en esta etapa, que puede provenir de 2 formas. La primera, son los niños que por alguna razón no fueron pesquisados por el profesor, es decir, no se le aplicó la encuesta o test. La otra forma son los niños que presentan un falso negativo en estos test. JUNAEB, por otro lado, dentro de sus indicadores apunta a que el porcentaje de pesquisado positivo por parte del profesor, sea cercano al porcentaje de prevalencia histórica de cada patología. Este indicador normalmente es más alto, debido a la gran cantidad de falsos positivos que presenta la pesquisa del profesor, entre un 50% y un 90% dependiendo de la especialidad (mayor detalle revisar anexo M sobre indicadores). No es posible realizar un cálculo de los falsos negativos, sin embargo se puede suponer que no debe ser tan alto dado el fenómeno anterior. Sin embargo, JUNAEB cuenta con la flexibilidad de ingresos excepcionales, posteriores a la pesquisa, si el estudiante cuenta con el diagnóstico de alguna patología cubierta por el programa. Dado los factores descritos, se calcula la pérdida en un 20% aproximado, sin embargo no se entregaron datos más exactos con respecto a este cálculo.

Por lo levantado en las entrevistas, este proceso es vital para poder levantar la información de los estudiantes que ingresarán al programa. Es acá donde también se refleja la importancia de la figura del Encargado de Salud, cuya gestión es un factor determinante en la calidad de la información levantada y la posterior participación de los estudiantes en el programa. En las entrevistas ha sido reiterativa la visión de la importancia que le da el Encargado de Salud de colegio al programa, y a la que pueda transmitir dentro de la comunidad escolar, dado que es el actor más cercano a la escuela.

¹⁶ La incidencia es una medida de frecuencia de una enfermedad. Es equivalente a la frecuencia de aparición de casos nuevos de un trastorno en un período de tiempo determinado. Se diferencia de la prevalencia, la que corresponde a la proporción de individuos de una población que presentan un determinado trastorno en un momento dado. La prevalencia se refiere a todos los individuos afectados, independientemente de la fecha de contracción de la enfermedad. Es decir, que con la prevalencia puede saberse en un determinado momento cuantos enfermos hay.

Otro punto relevante es la utilización del Sistema Informático Integrado de Salud. Es necesario ingresar la información de pesquisas y barridos en el sistema informático, para lo cual es necesario capacitación previa. Esta capacitación se realiza durante la jornada de inicio, sin embargo en muchos casos es necesario reforzar la información o responder consultas sobre su utilización. Esto se ve acrecentado cuando los encargados de salud son nuevos o con baja competencias computacionales.

Esta etapa no aparece como conflictiva, sin embargo existen problemas emergentes, según cada gestión y realidad. Principalmente aparece como importante acompañar en el proceso a los encargados de salud que son nuevos o con menos experiencia. También surgieron comentarios sobre demoras en la entrega de resultados por parte de los colegios, pero suelen ser menos marcados en los colegios municipales, principalmente por la misma razón mencionada anteriormente, la dependencia que tienen estos colegios con las municipalidades, que son sus sostenedores. Uno de los grandes problemas que surgieron dentro de las entrevistas realizadas, son relacionados a los sistemas informáticos usados por JUNAEB. Actualizaciones tardías de las bases de datos y sistemas que no conversan entre si son algunos de los comentarios al respecto. Sin embargo, estos problemas salen del foco del trabajo actual, por lo que no se profundizó en la evaluación de los programas utilizados o en las posibles mejoras. Sin embargo, si se consultó a personas de JUNAEB del nivel central, las que aseguraron que estos problemas han sido levantados y se está trabajando en su mejora.

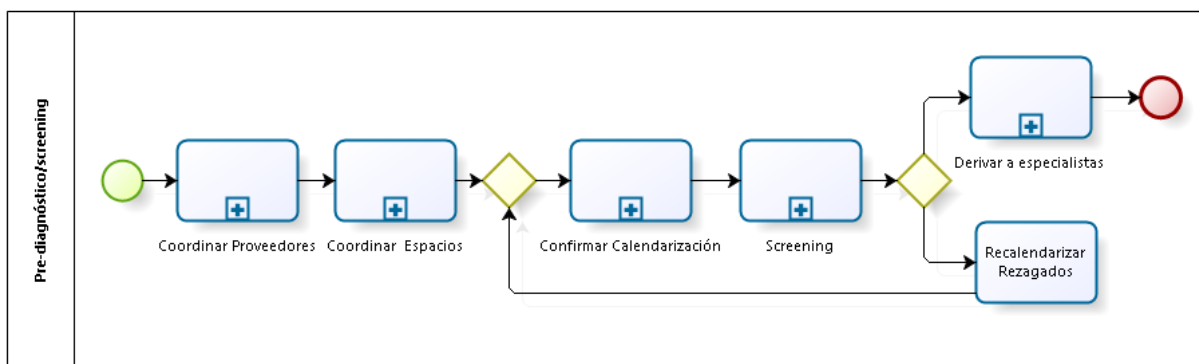
7.5. Pre-diagnóstico/Screening

El Pre-diagnóstico o Screening es realizado por profesionales tecnólogos médicos (con mención en oftalmología y otorrinolaringología), kinesiólogos y fonoaudiólogos, a los estudiantes pesquisados en la etapa anterior. Este proceso se lleva a cabo en establecimientos de la comuna, que pueden ser o no los establecimientos en los que estudian los alumnos participantes. El responsable del correcto desarrollo de esta etapa es el coordinador comunal, quien debe gestionar los espacios y coordinar las fechas con proveedores y colegios.

El objetivo de esta etapa es obtener un pre-diagnóstico clínico de los estudiantes que presentan problemas en las patologías cubiertas, y descartar aquellos que no poseen patologías. Además, se entrega la información necesaria, en base a los exámenes realizados, para que los especialistas realicen posteriormente un diagnóstico e indiquen el tratamiento necesario.

Entrada	Salida
- Asignación de screening por parte de JUNAEB	- Nómina de niños pre- diagnosticados para que necesitan atención de especialista.

Figura n° 12: Proceso Pre-diagnóstico/Screening. (Ver archivo adjunto)



El detalle de los subprocesos declarados como parte del Pre-diagnóstico se puede revisar en anexos. [Anexo N]

“Screening” o tamizaje se refiere a la evaluación masiva de sujetos asintomáticos respecto de una patología específica y antes que ellos consulten espontáneamente. En el programa de Servicios Médicos se refiere a los exámenes y evaluaciones que realizan profesionales de cada una de las 3 especialidades del programa, con el objetivo de detectar posibles patologías. Se considera un pre-diagnóstico, pues el diagnóstico final lo entrega el médico especialista. Por otro lado, en esta etapa aún pueden existir falsos positivos que se descartan con la evaluación del médico.

El proceso de Pre-diagnóstico inicia una vez se tienen las nóminas de los estudiantes generadas en el proceso anterior. Cabe señalar que, a pesar de provenir de una focalización distinta, el screening de barrido se realiza de la misma manera que el screening a los niños pesquisados, siendo la diferencia la nómina generada en el proceso anterior y por consecuencia, el número de niños a evaluar. Este pre-diagnóstico se realiza con proveedores previamente licitados en base a la demanda histórica que ha tenido la comuna. El proceso de licitación no fue abordado en profundidad, pues los coordinadores comunales no participan en ella. La licitación se lleva a cabo a nivel regional o nacional, por grupos de comunas. Una vez adjudicados los proveedores, estos son puestos en contacto con los coordinadores comunales respectivos, para que puedan coordinar las fechas de desarrollo de los screening.

El principal problema en el proceso de Screening son las inasistencias de los estudiantes. Estas inasistencias son difíciles de pronosticar y dificultan la planificación y ejecución del programa. Se han realizado distintos esfuerzos por parte de los colegios y comunas para disminuir las inasistencias, sin embargo es un problema que está presente en forma consistente. Por otra parte, se ha observado, según los entrevistados, que un mayor compromiso del colegio y de sus encargados de salud en la promoción del programa ayuda a disminuir este fenómeno.

El proceso también incluye la calendarización de las visitas, lo que se realiza enviando una planilla de Excel que deben ser modificadas y revisadas por cada uno de los actores. Esto puede

ser un punto que se podría ver beneficiado por la inclusión de un sistema online, que permita revisar y agendar las fechas de pre-evaluación, observación que se entregará adicional a los objetivos del presente trabajo.

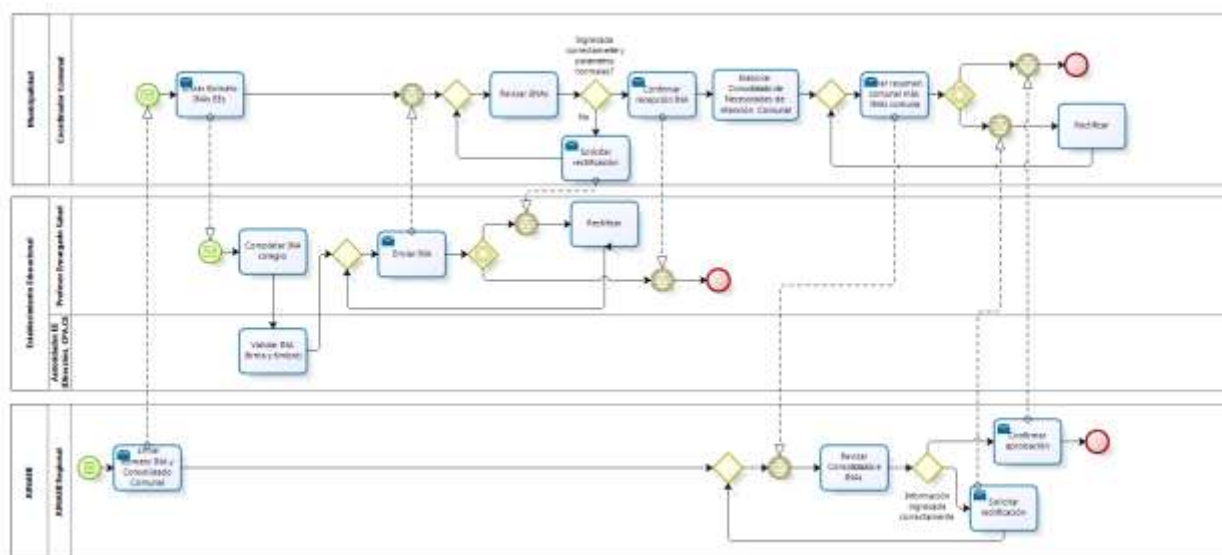
7.6. Consolidación de Necesidades Levantadas.

Paralelamente al Pre-diagnóstico, comienza la consolidación de necesidades de la comuna. En este proceso participan los Encargados de Salud de los colegios y los Coordinadores Comunales, quienes tienen que consolidar la información levantada previamente en la Pesquisa o Barrido, generando los Informes de Necesidades de Atención (INA) y el Resumen Comunal.

El objetivo de este proceso es obtener de manera formal el número de estudiantes con necesidades de Pre-Diagnóstico, Diagnóstico y Tratamiento en las especialidades cubiertas por el programa. Esto permite comenzar el proceso de calendarización de las atenciones, sirviéndoles de información a JUNAEB y a los proveedores para comenzar la ejecución del programa.

Entrada	Salida
<ul style="list-style-type: none"> - Solicitud de realización de Informes de Necesidades de Atención (INAs) por parte de JUNAEB. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informes de Necesidades de Atención (INAs) de los colegios participantes. - Resumen Comunal de las comunas participantes.

Figura n°13: Proceso de Consolidación de Necesidades (Ver archivo adjunto)



Esta etapa está muy ligada a los procesos de Pesquisa/Barrido y Pre-diagnóstico/Screening, siendo la parte de recopilación y entrega formal de la información levantada. Idealmente debería encontrarse entre las etapas anteriormente mencionadas, sin embargo, problemas de actualización de bases de datos hacen necesario que muchas veces se adelante el proceso de Pre-diagnóstico/Screening antes de que este proceso esté completo.

En esta etapa no existen problemas declarados relacionados al proceso, salvo los problemas informáticos, como el retraso de su actualización de la base de datos, lo que ya está en conocimiento de JUNAEB y se está trabajando en su mejora. En cuanto al envío de la documentación, es requisito obtener el levantamiento de necesidades de manera protocolar, para llevar un control sobre la información y ligarlo a las responsabilidades de cada nivel (establecimiento, comuna y región).

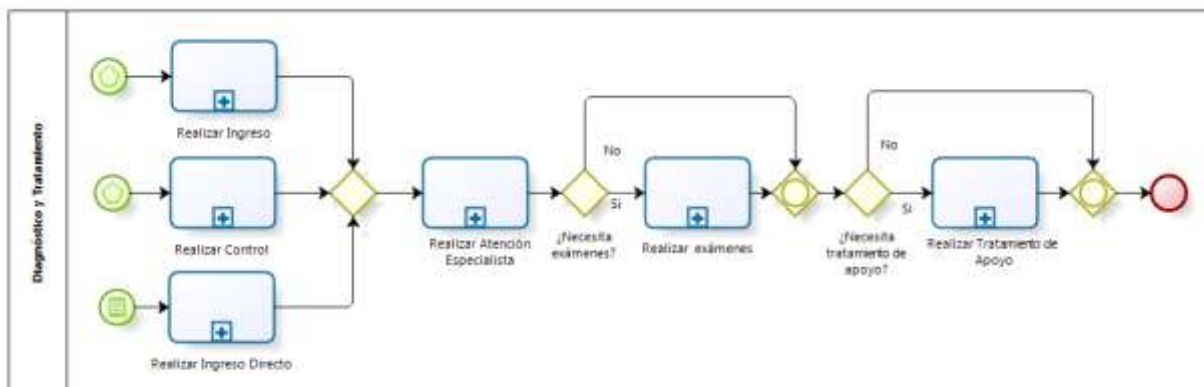
7.7. Diagnóstico y Tratamiento.

Con las necesidades de las comunas levantadas y la pre-evaluación completa, se puede comenzar con el Diagnóstico y Tratamiento de las patologías cubiertas por el Programa de Servicios Médicos. Es importante destacar que el diagnóstico debe ser realizado por un médico especialista en las áreas de atención (Oftalmología, Otorrino y Columna), indicando el posterior tratamiento que sea necesario y los controles o alta posterior.

En este proceso están involucrados los proveedores como prestadores del servicio, los Encargados de Salud de los colegios, los Coordinadores Comunales y JUNAEB Regional. El objetivo de este proceso es Diagnosticar y tratar a los estudiantes identificados previamente.

Entrada	Salida
<ul style="list-style-type: none"> - Planilla de estudiantes con posibles patologías - Planilla estudiantes en control - Solicitud ingreso directo con diagnóstico médico 	<ul style="list-style-type: none"> - Nómina de atenciones realizadas. - Nómina de exámenes realizados. - Nómina de Tratamientos de Apoyo otorgados.

Figura n°14: Proceso de Diagnóstico y Tratamiento



El detalle de los subprocesos que aparecen en el Diagnóstico y tratamiento se encuentran disponibles en anexos. [Anexo O]

Para el proceso de diagnóstico se puede ingresar por 3 vías.

- El Ingreso simple corresponde a los estudiantes que fueron detectados por primera vez con sospecha de patología en la etapa previa.
- El Control correspondiente a los estudiantes con patologías, que ya pertenecen al programa de Servicios Médicos. Ellos deben realizarse controles según corresponda su patología.
- El Ingreso Directo son los estudiantes de cursos no focalizados, con diagnóstico de una patología cubierta por el programa. Este diagnóstico puede haber sido hecho por otra entidad gubernamental (MINSAL, SENADIS, etc.) o por un médico particular. Este ingreso está condicionado a la presentación del diagnóstico correspondiente (derivación o receta médica).

El ingreso corresponde a la calendarización de las horas médicas que necesita cada comuna, y a la tramitación de los documentos para las atenciones (Órdenes de Atención, Historiales Médicos, Fichas Médicas, entre otros). La calendarización se realiza por medio del envío de planillas Excel con las horas disponibles. Los documentos para las atenciones se manejan en papel físico, que debe ser trasladado a los Proveedores y posteriormente a JUNAEB. En un primer análisis el sistema se ve engorroso de procesar, sin embargo se explica por dos fenómenos. El primero es la falta de conocimientos técnicos que poseen una parte importante de la Red Colaboradora. El segundo es la brecha tecnológica existente entre distintas municipalidades o establecimientos educacionales, muchos de los cuales no poseen fácil acceso internet o computador.

Después del ingreso, se realiza la Atención del Especialista, que diagnostica y deriva a tratamientos o tomas de exámenes de ser necesario. El control de las atenciones se realiza a través de la Orden de Atención, que recibe el médico por cada estudiante atendido. Una copia de esta orden debe ser derivada al Coordinador Comunal, que posteriormente la envía a JUNAEB Regional. Nuevamente aparecen procesos que podrían verse mejorados por el uso de tecnología, que sin embargo choca con la capacidad de los actores.

No se profundizó en la gestión de los exámenes y tratamientos, pues la gestión le corresponde al alumno con ayuda de JUNAEB. El coordinador comunal, sin embargo, entrega información correspondiente al tratamiento indicado.

7.8. Evaluación.

Para finalizar la ejecución del programa, se procede a su evaluación a nivel local, regional y nacional. No existen procesos estandarizados en las evaluaciones locales realizadas por las Municipalidades, ya que al ser organismos independientes, cada comuna puede evaluar o no la gestión del programa en su territorio. De todas formas, la evaluación del programa es recomendado por JUNAEB. En las entrevistas realizadas, se indica que el principal punto a evaluar es la cobertura alcanzada en cada Establecimiento Educacional y el porcentaje de Establecimientos participantes. Este último punto depende del contexto de participación de cada comuna y es más crítico para los colegios subvencionados, pues en los colegios municipales la participación es aproximadamente 80% en la Región Metropolitana.¹⁷

Según la información entregada por el área de Coordinación de Programas, tampoco existe un proceso estandarizado de evaluación a nivel regional hacia los Coordinadores Comunales. Por otro lado, en las entrevistas realizadas a los funcionarios de JUNAEB regional, ellos indicaron que se entregan evaluaciones personalizadas a los coordinadores comunales, basadas en las percepciones que ellos tienen sobre el desempeño que se han tenido durante el año. Esta evaluación se enfoca principalmente en dos ámbitos: el cumplimiento de los plazos y procedimientos necesarios para la ejecución del programa, y la cobertura alcanzada. También existen metas que se plantean a cada municipalidad en relación a estos mismo puntos, pero que son flexibles dadas las diferentes realidades de cada una de ellas. Ante este punto, las orientaciones técnicas para la región indican: “Es de vital importancia que la región retroalimente a los establecimientos educacionales respecto a los resultados obtenidos durante el año, sus logros y dificultades de manera que podamos aprender de la experiencia y mejorar nuestra gestión.”

La evaluación del proveedor del servicio, por otro lado, si es un proceso definido dentro del programa. Se realizan encuestas sobre la calidad del servicio otorgado e inspecciones, como el control de las altas médicas. Sin embargo, este es un proceso de control que realiza JUNAEB, en la que no se ve mayormente involucrado el Coordinador Comunal y que no se considera parte de los procesos levantados

A nivel nacional, la evaluación se centra en indicadores agregados por región. Los principales tipos de indicadores utilizados aparecen a continuación. Además, se adjunta en anexos una lista de los principales indicadores utilizados a nivel nacional y las metas propuestas. [Anexo P]

¹⁷ Porcentaje calculado en base a información entregada por JUNAEB Región Metropolitana.

Tabla n°4: Tipos de Indicadores utilizados.

Tipo de Indicador	Objetivo	Ejemplo
Acceso a Servicios	Determinar el real acceso de la población a los programas, especialmente la población focalizada.	Porcentaje de niños de 1° básico pesquisados, que fueron atendidos por screening.
Oportunidad	Tiempos de intervenciones	Latencia entre la fecha de la pesquisa y la atención médica de ingreso.
Eficacia	Porcentaje de logro de objetivos de atención	Porcentaje de falsos positivos del screening
Satisfacción Usuaría	Satisfacción de los pacientes con los servicios entregados.	Porcentaje satisfacción usuaria general atenciones oftalmología.

7.9. Coordinador Comunal

El Coordinador Comunal del programa de Servicios Médicos es un pilar fundamental para la ejecución de éste, y uno de los principales recursos que destina la Municipalidad para ello. Por ende, la elección y recursos que se destinan a este cargo dependen de la valoración que cada Municipio le entregue, y los recursos con los que cuente. Por otro lado, la visión estratégica de este rol se ve reflejada en la dependencia que posee con respecto a la organización de cada Municipalidad, ya que puede ser asignado al área de Salud, de Educación, Corporación, Departamento de Desarrollo Social (DIDECO), etc.

Las horas de trabajo que el Coordinador Comunal destina a la coordinación del programa dependerán exclusivamente del Municipio. Sin embargo, JUNAEB entrega recomendaciones a través de la información de participación que se envía cada año, a través de una tabla de horas necesarias de gestión, dependiendo del tamaño de cada Comuna. La tabla a continuación muestra las horas estimadas de trabajo del Coordinador Comunal según su tamaño. La clasificación de los tamaños de las Comunas es una clasificación hecha por JUNAEB en base a factores tales como número de colegios, población, entre otros.

Tabla n°5: Clasificación de Comunas y horas necesarias para su coordinación.

Comunas	CLASIFICACIÓN	CANTIDAD HORA/DIA	Comunas	CLASIFICACIÓN	CANTIDAD HORA/DIA	Comunas	CLASIFICACIÓN	CANTIDAD HORA/DIA
ALHUÉ	Pequeña	4	PUENTE ALTO Munic.	Mediana	6	ÑUÑO A	Grande	8
MARÍA PINTO	Pequeña	4	PAINE	Mediana	6	PEÑALOLÉN	Grande	8
PIRQUE	Pequeña	4	CERRILLOS	Mediana	6	CONCHALÍ	Grande	8
CALERA DE TANGO	Pequeña	4	LO PRADO	Mediana	6	SAN MIGUEL	Grande	8
TILTIL	Pequeña	4	MACUL	Mediana	6	CERRO NAVIA	Grande	8
ISLA DE MAIPO	Pequeña	4	BUIN	Mediana	6	ESTACIÓN CENTRAL	Grande	8
SAN PEDRO	Pequeña	4	LAMPA	Mediana	6	PEDRO AGUIRRE CERDA	Grande	8
LA PINTANA Munic.	Pequeña	4	PUDAHUEL	Mediana	6	LA GRANJA	Grande	8
LAS CONDES	Pequeña	4	LO ESPEJO	Mediana	6	MELIPILLA	Grande	8
LO BARNECHEA	Pequeña	4	INDEPENDENCIA	Mediana	6	PUENTE ALTO P.Suvb.	Grande	8
EL MONTE	Pequeña	4	LA PINTANA P.Suvb.	Mediana	6	RENCA	Grande	8
CURACAVÍ	Pequeña	4	QUILICURA	Mediana	6	QUINTA NORMAL	Grande	8
SAN JOSÉ DE MAIPO	Pequeña	4	TALAGANTE	Mediana	6	LA CISTERNA	Grande	8
HUECHURABA	Pequeña	4	SAN RAMÓN	Mediana	6	RECOLETA	Grande	8
PADRE HURTADO	Pequeña	4	PEÑAFLO R	Mediana	6	EL BOSQUE	Grande	8
LA REINA	Pequeña	4	SAN JOAQUÍN	Mediana	6	SAN BERNARDO	Grande	8
PROVIDENCIA	Pequeña	4	COLINA	Mediana	6	LA FLORIDA	Grande	8
						MAIPÚ	Grande	8
						SANTIAGO	Grande	8

En la práctica estas horas no son completamente respetadas, ya que, a pesar de que muchos de los coordinadores trabajan efectivamente esa cantidad de horas, generalmente deben coordinar otros programas además del programa de Servicios Médicos. Según información levantada por el área de Servicios Médicos de la Región Metropolitana, un 80% de los Coordinadores Comunales de esta región poseen 1 o más programas a su cargo, adicional al programa de Servicios Médicos. Dentro de los 20 Coordinadores Comunales de las Comunas más grandes de esta región, y que deberían destinar más horas al programa, 16 coordinan por lo menos un programa adicional, con un promedio de 6 programas adicionales.

La falta de tiempo para coordinar el programa es uno de los problemas más mencionados en las entrevistas a la hora de consultar por las dificultades asociadas al cargo. Un ejemplo de ello son coordinadoras que, además de ver los programas JUNAEB, deben desempeñarse como secretarías de alguna área de las municipalidades.

Según la misma data entregada por Servicios Médicos de la Región Metropolitana, los programas que con mayor frecuencia son coordinados en conjunto con el programa de Servicios Médicos son Habilidades para la vida, El Programa de Alimentación Escolar (PAE) y Yo me Conecto para Aprender, dado que también son de JUNAEB. Esto también explica el poco involucramiento que existe por parte de las municipalidades con el Programa de Alimentación Escolar, en el cual poseen muy poca participación.

El 70% de los Coordinadores Comunales de la Región Metropolitana es profesional¹⁸. En las entrevistas a funcionarios de JUNAEB, este dato era visto de distintas formas. Si bien todos coincidían en que la profesionalización del Coordinador Comunal ayudaba al programa, no todos consideraban este punto como determinante. El compromiso con el programa y el poder entender de mejor manera la importancia que este tiene para la educación y bienestar de los niños era considerado como el punto más crucial, que puede determinar el desempeño de este cargo.

¹⁸ Dato extraído de base de datos de Coordinadores Comunales generada por JUNAEB Regional.

7.10. Encargado de Salud del Establecimiento Educacional

El Encargado de Salud de los colegios es un profesor o asistente de la educación, que se encarga de gestionar el Programa de Servicios Médicos en los Establecimientos Educacionales. Su función es clave, pues además de apoyar en la gestión administrativa, es el principal comunicador del programa hacia la Comunidad Escolar y el más cercano a los estudiantes. Es nombrado usualmente de manera anual, por el Director de cada Establecimiento.

El nombramiento de este rol es el primer punto relevante a observar. Es muy importante en esta etapa la visión que posee el Director del establecimiento con respecto a la coordinación del programa, y del programa en sí mismo. Según entrevistas con una experta en el programa, que trabajó en él desde sus comienzos, se pueden dar dos escenarios. El primero es que el Director comparta la importancia del programa, por lo que nombrará una persona idónea para llevarlo a cabo. El otro escenario, es que el cargo se tome como un “castigo” o una actividad extra que nadie desea realizar, lo cual genera a priori una gran desmotivación del encargado para desarrollar las tareas asociadas al cargo.

Por otro lado, otros factores como la sobrecarga de los docentes, la falta de recursos y la poca priorización que se le da a la Salud Escolar, influyen en que muchos Encargados de Salud no poseen las herramientas necesarias para poder llevar a cabo sus tareas. Las principales problemáticas son: acceso a internet, falta de espacios de trabajos, no disponibilidad de horas destinadas a la labor y bajos conocimientos computacionales. A esto se le debe sumar que en la mayoría de las comunas, esta labor no contempla remuneración adicional, por lo que debe ser desarrollada en los espacios disponibles sumados a las demás labores que desempeña.

Un estudio realizado en el marco del desarrollo de una propuesta de JUNAEB llamado “Fortalecimiento del Vínculo entre JUNAEB y la Red de Apoyo a sus Programas”¹⁹ indica con respecto a la importancia de la Red Colaboradora, “la investigación da cuenta [...] de la falta de preocupación institucional y del Estado por reconocerla como un componente vital para que las prestaciones de JUNAEB se entreguen a los estudiante. Ambas deficiencias, entorpecen procesos a los que la institución destina mucha energía y el Estado cuantiosos recursos”.

Finalmente, con respecto a la importancia de su rol, una funcionaria de JUNAEB entrevistada, declara: “En el diseño tiene que haber un coordinador de salud en la escuela, para que se haga esta tarea, que no es fácil. Porque no es solamente la tarea de administrar los cupos y listo, tienes que organizar, tienes que trabajar con los padres. Tienes que promover el autocuidado como un concepto también, no solamente es el oído, el ojo, la columna, un pedazo, sino el autoconcepto integral de lo que es la salud para el niño. Reforzar por qué es importante que asista a los tratamientos, por qué es importante que asista a los controles. Porque es importante como esto va a influir en sus notas y en su rendimiento.”

¹⁹ Desarrollado por Verónica Ruz, 2015

8. PROPUESTA DE REDISEÑO

La propuesta central levantada desde el análisis realizado, consiste en utilizar el Programa de Servicios Médicos de JUNAEB como un ejemplo de las tareas de coordinación que podrían realizar los futuros Servicios Locales de Educación. Es un ejemplo de programa que cumple con la entrega de los servicios, la coordinación con los establecimientos, proveedores y JUNAEB. Es por ende, un modelo de funcionamiento con roles diferenciados por nivel territorial Región-Comuna-Escuela, en el cual el nivel intermedio coordina y apoya la ejecución que se realiza en la escuela, en conjunto con la entrega de prestaciones de privados. Por otro lado, el análisis crítico del funcionamiento de este programa nos ayuda a caracterizar las principales dificultades en la coordinación de programas de salud y programas JUNAEB, pudiendo utilizar estas conclusiones para introducir mejoras al sistema.

La salud escolar es una problemática de alta complejidad, por lo que se propone un trabajo en 3 etapas, corto, mediano y largo plazo, lo que permite un cambio paulatino, flexible y participativo en su construcción. Cada etapa posee diferentes objetivos y enfoques con los cual se debería abordar, siendo todas muy relevantes para la mejora del sistema en su conjunto. Por otro lado, estos objetivos se deben cumplir buscando el fin último de la reforma educacional, que es poder entregar una mejor educación pública, de calidad y para todos y todas. Es por esta razón que el cambio de la coordinación de estos programas, desde las municipalidades a los servicios locales, no solo debe tener como objetivo una mejora administrativa, sino también una mejora en la calidad y eficacia de las intervenciones en salud escolar.

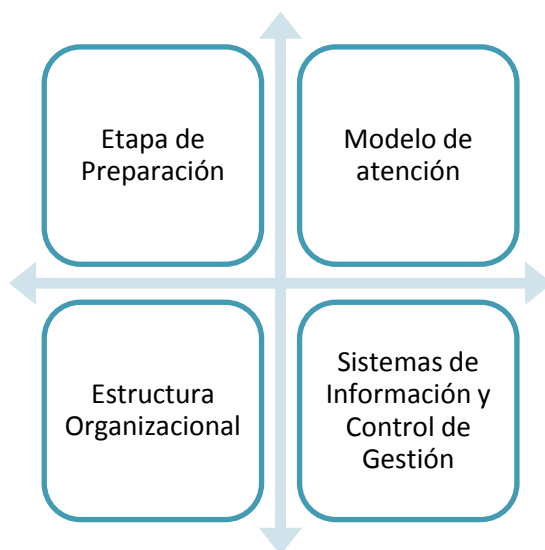
A continuación se detallan los objetivos y las acciones sugeridas para el cumplimiento de estos, en cada etapa planteada. Estas propuestas están enfocadas en el actuar de los Servicios Locales de Educación, y del Ministerio de Educación en el contexto de la Reforma Educacional.

8.1. Primera etapa corto plazo/transición

La complejidad de salud escolar requiere de una mirada intersectorial, tanto en la planificación como en el trabajo futuro. Sin embargo, esto debe estar en balance con la problemática más inmediata, que es el riesgo de que la transición hacia un Sistema Nacional de Educación Pública interfiera en la entrega de los servicios de JUNAEB. Es por esto que se propone como objetivo de esta primera etapa el siguiente:

Asegurar la continuidad de los programas de JUNAEB a través de la integración del SLE en la red de trabajo local.

Para el cumplimiento de este objetivo se plantean en cuatro ámbitos de acción relevantes para los procesos de cambio institucional.



8.1.1. Etapa de Preparación

La integración del Servicio Local de Educación al funcionamiento del sistema actual requerirá de una estrategia territorial, basada en el conocimiento mucho más específico de cada comunidad. Para esto, es clave el levantamiento en estos cuatro ejes, los cuales ayudarán a que el trabajo del SLE pueda ser más atingente a la realidad local:

- 1. Iniciativas en el territorio:** La consolidación de información centralizada de iniciativas, es por sí misma un avance en esta materia. La diferencia en la gestión municipal, sumada a la segmentación en materia de salud escolar e intervenciones, hace complejo entender el nivel de intervención que poseen los colegios. Una de las grandes críticas de los establecimientos educacionales es la llegada segmentada de los programas, que los recargan de trabajo administrativo, principalmente a aquellos colegios más vulnerables. Esto hace que las escuelas muchas veces estén sobre-intervenidas, perjudicando aún más su estado. Un levantamiento de este tipo da un primer paso para trabajar sobre esta problemática.
- 2. Recursos en el territorio:** Es fundamental poder levantar mayor información sobre los recursos que entregan las municipalidades y analizar las posibilidades de continuar con la entrega de estos a la comunidad. Si bien es posible poder realizar estimaciones de estos recursos, se observó la importancia que posee el conocimiento en detalle. Esto está relacionado con poder mantener el nivel de entrega de los servicios, y que estos no se vean perjudicados al momento de cambiar de sostenedor. Los tipos de recursos identificados en el levantamiento de la información de los programas de JUNAEB son:
 - Recursos Humanos: Coordinadores de los programas, apoyo administrativo y apoyo jurídico.

- Infraestructura: Disponibilidad de salas, disponibilidad de equipamiento en salud (para el programa de salud oral).
 - Recursos humanos: financiamiento de programas de salud complementarios a los entregados por JUNAEB y otras entidades. Un ejemplo de esto es Providencia, el cual posee un Programa Escolar de Salud (PES). Este cuenta con una enfermera en cada colegio, y con odontóloga y asistente dental en aquellos establecimientos que cuentan con la infraestructura necesaria. Además, cuentan con psicóloga y médico en la coordinación del programa.²⁰
- 3. Falencias en el territorio:** En este punto es necesarios identificar qué comunas no han podido acceder a programas o iniciativas por falta de recursos, y determinar las brechas que sería necesario cubrir. Por ejemplo, existen comunas en las que no se desarrolla el Programa de Salud Oral, por no contar con los recursos para el apoyo administrativo que se necesita para llevarlo a cabo. Esto puede ser una brecha más fácil de cubrir que aquellos municipios que no pueden participar, por no tener espacios disponibles para realizar las atenciones. Además, se debe tener en cuenta que algunos de los programas se ejecutan en conjunto con servicios de la Atención Primaria de Salud (Consultorios) o algún otro organismo Municipal, que puede contar o no con deudas relacionadas, lo que es un riesgo para emprender trabajos conjuntos.
- 4. Actores Relevantes:** Es fundamental para un proceso de transición el poder trabajar con los actores locales involucrados en materia de salud escolar, que permitan materializar el trabajo y aportar desde la experiencia a la creación conjunta de mejoras. Este levantamiento no se refiere necesariamente a cargos específicos, sino a liderazgos locales que facilitan los procesos de cambios. Es importante poder identificarlos dentro de las primeras etapas a estos actores de manera personalizada.

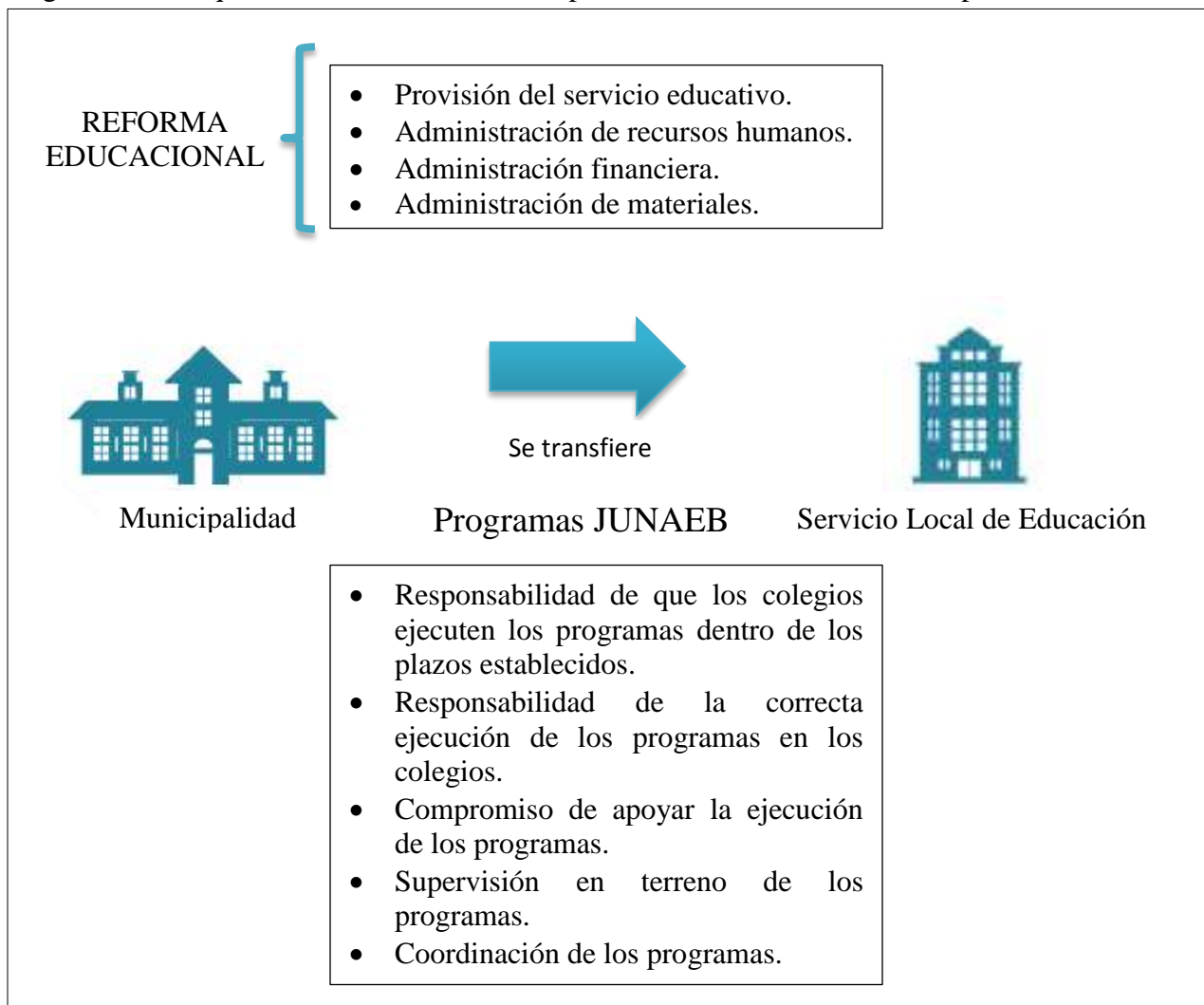
Esta información sirve de insumo para el trabajo que debe comenzar en cada localidad. Si bien no es requisito tener toda esta información para desarrollar los demás aspectos, es de gran utilidad poder trabajar en conjunto con la red para la obtención de esta información.

8.1.2. Modelo de entrega de servicios de Salud Escolar

El cambio de sostenedor desde las Municipalidades a los Servicios Locales de Educación, necesariamente implican cambios en los roles y responsabilidades de los actores involucrados en la coordinación de la entrega de los programas y servicios de JUNAEB. La responsabilidad administrativa del cumplimiento de las tareas por parte de los colegios, se transfiere a los SLEs. También se transfiere la responsabilidad de la disposición de recursos para el cumplimiento de estas tareas y la provisión de condiciones idóneas para llevarlos a cabo. Esto necesariamente debe traducirse en la transferencia de tareas desde la Municipalidad a los Servicios Locales de Educación, lo cual afecta el modelo de ejecución de los programas. El siguiente diagrama ejemplifica la transferencia de responsabilidades que se desprenden del cambio de sostenedor.

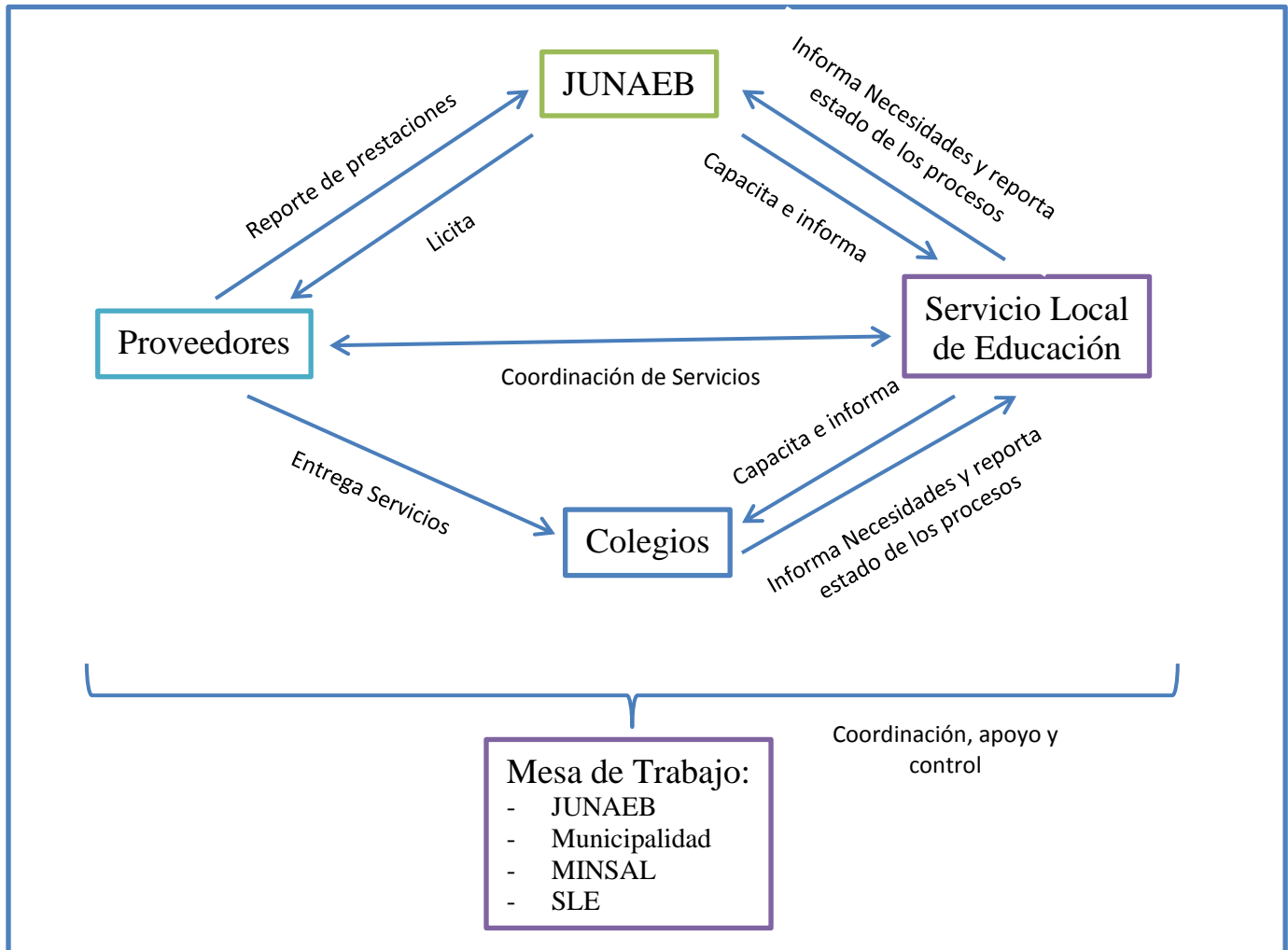
²⁰ <http://www.cdsprovidencia.cl/2013-12-28-17-08-19/programa-escolar-de-salud-pes.html>

Figura n°15: Esquema de transferencia de responsabilidades. Elaboración Propia.



Se propone entonces la posibilidad de transferir las tareas de coordinación a los Servicios Locales de Educación. Para aquellos programas que no posean la figura de un coordinador, se recomienda integrar este rol como un facilitador de la entrada del programa a los establecimientos educacionales. A continuación, se presentan dos esquemas de ejecución de programas, en la que se suma la figura de Coordinador.

Figura n° 16: Esquema de modelo propuesto. Elaboración Propia.



Este modelo presenta 2 cambios con respecto al modelo anterior, estos son: integración de una mesa de trabajo para la coordinación, apoyo y control de los programas, y la inclusión del Servicio Local de Educación como coordinador de los programas.

1. Integración de una mesa de trabajo para la coordinación, apoyo y control

Las mesas de trabajo o comités de proyecto son útiles para la instauración de cambios en las instituciones. Como menciona Mario Weissbluth en su texto “Gestión del cambio en el Sector Público”, para que un cambio pueda ser llevado a cabo exitosamente es fundamental generar un diagnóstico consensuado de las problemáticas a abordar. Además, es una instancia en la que es posible motivar a los distintos participantes en la importancia que el cambio posee, y la generación de distintas estrategias para su implementación.

A nivel central, una mesa de trabajo es una instancia catalizadora de los cambios que son necesarios llevar a cabo durante la implementación. Al respecto Weissbluth indica “Dice el refrán

que no existe proyecto en la historia de la humanidad que se haya terminado a tiempo, dentro del presupuesto, y con las mismas personas que lo comenzaron. Muchos subproyectos van a estancarse por razones burocráticas, presupuestales, conflictos en el equipo, mala conducción. En una organización vertical, los únicos que pueden destrabar los problemas, asignar recursos, instruir que las cosas se hagan, o cambiar responsables, son las autoridades”. Por otro lado, que esta mesa pueda ser exclusiva sobre la temática de la Salud Escolar presenta la posibilidad de sumar las distintas iniciativas que confluyen en la temática.

Una oportunidad en esta línea es aprovechar el trabajo que está realizando Aulas del Bien Estar en el trabajo intersectorial. Esta instancia plantea un trabajo coordinado en salud escolar, para lo cual ha conformado mesas de trabajo a nivel nacional con las instituciones de MINEDUC, MINSAL, SENDA y JUNAEB. Además, en la bajada al territorio, también ha conformado mesas de trabajo a nivel Regional y Comunal con los representantes locales, en las cuales también participan algunos de los Coordinadores Comunales. Aulas del Bien Estar se encuentra presente en 80 comunas del país, 21 de ellas pertenecientes a la Región Metropolitana. Esto presenta una oportunidad de usar estas instancias como partida de lo que podría llegar a constituirse como mesas de trabajo para la salud escolar.

El **objetivo** de una mesa nacional debería ser, en primera instancia, velar por continuidad en la entrega de programas y servicios de Salud Escolar durante el proceso de transición a un nuevo Sistema Nacional de Educación. En segundo lugar, la mesa debería ser responsable de:

- Consensuar un diagnóstico sobre el estado de la Salud Escolar en Chile, y las oportunidades que la Reforma Educacional presenta para avanzar en su mejora.
- Establecer los objetivos intersectoriales a desarrollar en materia de Salud Escolar a partir de la Reforma Educacional. Aquí es muy importante generar una visión estratégica capaz de inspirar los cambios y movilizar a las personas.
- Establecer una estrategia conjunta de intervención para poder lograr los objetivos planteados.
- Establecer canales de comunicación que permitan dar a conocer de manera efectiva el trabajo realizado y los objetivos a buscar.

El último objetivo es primordial, pues es muy importante que esta mesa sea la que impulse los cambios y motive a sus respectivas instituciones a trabajar en pos de estos. Así mismo, debe tener también la capacidad de retroalimentarse de las realidades locales, las cuales pueden ser las mesas locales de trabajo. Es necesario para esto que se realicen reuniones periódicas, quincenales o mensuales, que permitan mantener la comunicación entre instituciones.

Para regular la mesa, es también importante establecer **responsabilidades** de cada institución y representante. Al respecto, se sugiere que los miembros de la mesa se comprometan a:

- Realizar seguimiento de sus programas con foco en la detección de problemas emergentes que puedan surgir, ligados al cambio de sostenedor.
- Tener la facultad de tomar decisiones, consensuadas con la mesa, para resolver estas problemáticas.

- Reportar sobre el estado de implementación de las medidas acordadas en la mesa, y realizar seguimiento de estas.
- Aportar con insumos las discusiones de diagnósticos y objetivos.
- Aportar con recursos (recursos humanos, infraestructura, institucionalidad y recursos económicos) la materialización de los objetivos planteados.
- Comprometerse en la ejecución activa de la estrategia acordada.
- Realizar seguimiento a la implementación de la estrategia acordada.
- Comunicar los acuerdos de la mesa a todos los funcionarios de su institución que trabajen en Salud Escolar.

Para facilitar el trabajo de la mesa, sería útil poder contar con un set de **indicadores** estándar, que permitan controlar el estado de los programas en los diferentes territorios. Los indicadores que se proponen son:

Tabla n°6: Indicadores propuestos. Elaboración Propia.

Item	Indicador	Construcción	Meta
Cobertura	Porcentaje de colegios cubiertos por programa	$\frac{N^{\circ} \text{ de colegios intervenidos}}{N^{\circ} \text{ total de colegios}}$	Mayor o igual al porcentaje previo al cambio por cada programa.
Focalización	Porcentaje de colegios vulnerables cubiertos por programa	$\frac{N^{\circ} \text{ de colegios vulnerables intervenidos}}{N^{\circ} \text{ total de colegios vulnerables}}$	Mayor o igual al porcentaje previo al cambio por cada programa.
Oportunidad	Latencia entre diagnóstico e intervención	Tiempo entre que se inicia el diagnóstico y el inicio de la intervención.	Menor o igual al tiempo previo al cambio por cada programa.
Eficacia	Porcentaje de intervención sobre diagnóstico	$\frac{N^{\circ} \text{ de niños tratados}}{N^{\circ} \text{ de niños diagnosticados}}$	Mayor o igual al porcentaje previo al cambio por cada programa. Idealmente cercano al 100%.
Eficiencia	Costo de la intervención	$\frac{\text{Costo de la intervención}}{N^{\circ} \text{ total de niños intervenidos}}$	Menor o igual al porcentaje previo al cambio por cada programa, salvo se hayan realizado mejoras en el programa.
Satisfacción usuaria	- Indicador usado por el programa. - Número de reclamos	Número de reclamos	Menor o igual al número previo al cambio por cada programa.

Con respecto a indicadores de impacto, si bien es importante el poder medir el real impacto de los programas en la educación y salud de los niños, el costo en Salud Escolar suele ser alto y complejo de instalar. Se recomienda que sea materia de discusión de la mesa la instauración de indicadores de impacto de sus programas, y de la intervención en conjunto en Salud Escolar.

2. Inclusión del Servicio Local de Educación como Coordinador de los programas

Como se indicaba anteriormente, la inclusión del Servicio Local de Educación es necesaria debido a la transferencia de responsabilidades desde la Municipalidad hacia el SLE. Para poder hacer posible este cambio, es necesario poder establecer qué procesos asociados a los programas son necesarios transferir. Esto permitirá posteriormente establecer una estructura que soporte estas tareas. En esta etapa se plantea que el SLE replique las tareas realizadas anteriormente por la Municipalidad.

En el caso del Programa de Servicios Médicos, los procesos que pueden verse afectados por este cambio son la Preparación del programa y el proceso de evaluación. Ambos también son afectados por los demás cambios propuestos, por lo que los esquemas de los nuevos procesos se presentan al final del apartado.

La transferencia debe realizarse de manera paulatina, con el objetivo de transferir la información organizacional y no perder a la municipalidad como aliado en el trabajo en Salud Escolar. Los principales cambios serían en: Área de dependencia del Coordinador Comunal, Incorporación en procesos de coordinación, Canales de comunicación y Sistemas de información y control de gestión.

Área de dependencia del Coordinador Comunal

El principal riesgo en esta área es para aquellos programas cuyos Coordinadores o Encargados pertenece al Departamento de Educación, ya sea en la Corporación o en la Dirección Municipal. Para el Programa de Servicios Médicos en la Región Metropolitana, estos son aproximadamente el 54% de los Coordinadores²¹. Acá las municipalidades usan recursos destinados a educación para el pago de estos funcionarios. Al verse disminuidos esos recursos, las municipalidades podrían no querer participar en la coordinación de los programas JUNAEB alojados en estos departamentos, lo que dificultaría la transición. Es por esto que la primera recomendación es la migración de los programas de Salud Escolar (Servicios Médicos, Habilidades para la Vida, etc.) al área de Salud de cada Municipalidad.

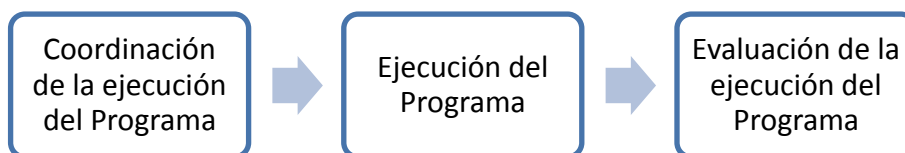
²¹ Según datos entregados por Servicios Médicos Región Metropolitana.

Es claro que cada Municipalidad posee independencia sobre las decisiones que toma, sin embargo, es posible presentarles esta propuesta en término de los beneficios que se pueden lograr. Los principales beneficios de esta transferencia son:

- Ayudar una mejor transición de la coordinación de los programas, lo que permitirá menores riesgos de disminución de cobertura de los programas en el territorio.
- Poder establecer un lazo de trabajo que permita colaborar de manera más integral en materias de Salud.
- Facilitar la conformación de una red de apoyo a la Salud en el territorio, a través de lazo entre el Servicio Local y la Municipalidad, que puedan desarrollar proyectos en conjunto.
- Asociar el trabajo en salud que realiza el territorio a las escuelas (Por ejemplo, operativos de salud a la comunidad usando la escuela como centro donde la comunidad pueda juntarse)

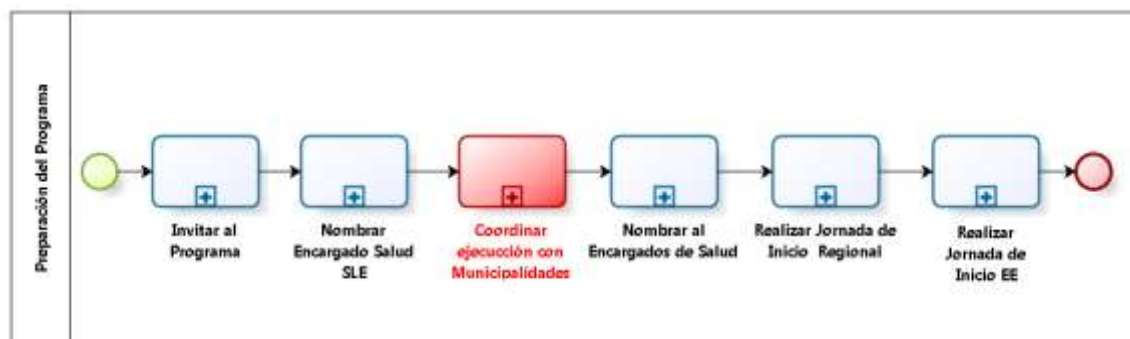
Incorporación de procesos de coordinación

Al transferir la coordinación de los programas a los Servicios Locales de Educación, los procesos de coordinación pueden ser transferidos para ser cumplidos en forma análoga por estos Servicios. Esto puede ser especialmente útil en programas como el de Servicios Médicos, que posee claramente definida la figura del Coordinador Comunal. A estos programas se recomienda de todas formas añadirles procesos de coordinación previa con las Municipalidades de su territorio y de evaluación conjunta al finalizarlo. El flujo quedaría:



En el caso del Programa de Servicios médicos, esta coordinación se puede sumar a la etapa de Preparación del Programa. El proceso quedaría de la siguiente manera:

Figura n°17: Propuesta proceso de Preparación del programa.



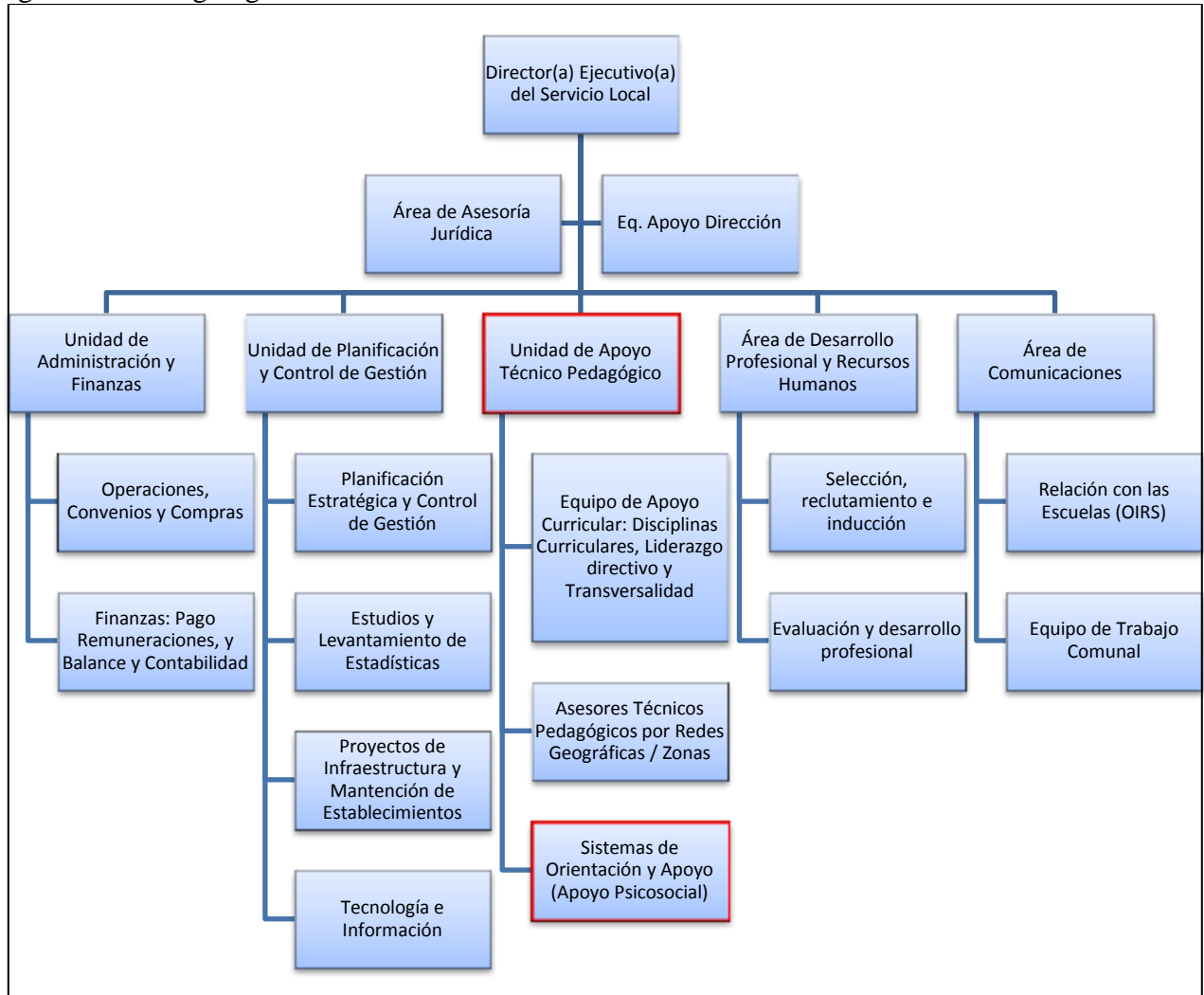
El nombramiento del Coordinador Comunal ya no sería necesario como proceso para la ejecución del programa. Si es necesario que dentro de la invitación al programa se solicite que la Municipalidad comunique quién será la contraparte para trabajar en la coordinación con el Servicio Local de Educación. El detalle de los cambios que se proponen en estos procesos que encuentra en anexos.

El seguimiento de la ejecución de este y otros programas, de manera coordinada, resulta mucho más eficiente de realizar en las mesas de trabajo locales que se propuso anteriormente. Esta medida también saca provecho del hecho de que en la mayoría de las comunas el Coordinador Comunal coordina gran parte (sino todos) los programas de JUNAEB. Resulta útil la tabla de indicadores que se propuso en ese apartado para realizar el seguimiento de los programas, pero adaptando los datos para cada Comuna. Además, es importante la reunión periódica de esta mesa, siendo el Servicio Local el responsable de coordinarla.

8.1.3. Estructura Organizacional

Basándose en las funciones de los Servicios Locales de Educación establecidas en el proyecto de ley, el Ministerio de Educación diseñó el siguiente organigrama del SLE:

Figura n° 18: Organigrama Servicio Local de Educación. Fuente: MINEDUC.



Se puede apreciar dentro de la estructura, que la unidad que con mayor probabilidad de albergar la coordinación de los programas JUNAEB es la Unidad de Apoyo Técnico Pedagógico. Dentro de esta unidad destaca el área de Sistemas de Orientación y Apoyo (apoyo Psicosocial). Al respecto de esta unidad, los documentos técnicos que soportan el proyecto de ley indican:

“Los SLE contarán con equipos de apoyo psicosocial (i.e. sistemas de orientación y apoyo) que cumplirán tres funciones principales: i) planificar y coordinar los equipos multiprofesionales (psicopedagogos, fonoaudiólogos, psicólogos y otros perfiles) de los establecimientos educacionales; ii) constituir un centro de recursos para niños con necesidades educativas

especiales; e iii) impulsar redes de cooperación y trabajo permanente con organismos gubernamentales y no gubernamentales (por ej.: relación con los municipios y sus programas, con SENDA, SENADIS, entre otros). La dotación de este equipo, al igual que el de apoyo técnico-pedagógico, posee criterios compensatorios en donde, por ejemplo, establecimientos urbanos con alta vulnerabilidad poseen una asignación de personal mayor. El promedio general es de una persona del equipo psicosocial por cada 5 establecimientos.”

También se adjunta la siguiente tabla con la dotación y perfiles propuestos:

Tabla n°7: Ejemplo de funciones, perfiles y ratios de dotación de parte de os equips en terren del SLE. Funte MINEDUC.

Nº	ÁREA	SUB - ÁREA	FUNCIÓN GENERAL	PERFIL (ejemplo de profesión asociada)	RATIOS DE DOTACIÓN (ejemplos)	
					Urbano Vulnerable	Urbano No Vulnerable
38	Apoyo Técnico Pedagógico	Jefe de Apoyo T-P	Jefe(a) equipo Apoyo T-P	Profesor(a)	1 por SLE	
39		Ed. Párvularia	Apoyo Técnico-Pedagógico	Dupla profesional: Ed. de Párvulos más otro c/ perfil ciencias sociales u afin	1 dupla por cada 8 EE Parvulario	1 dupla por cada 8 EE Parvulario
40		Ed. Básica		Profesor(a) Ed. Básica	1 por cada 3 EE Básica. Mín: 1	1 por cada 6 EE Básica. Mín: 1
41		Ed. Media HC		Profesor(a) Ed. Media, especialidad	1 por cada 3 EE Media HC. Mín: 1	1 por cada 6 EE Media HC. Mín: 1
42		Ed. Media TP		Profesor(a) media o docente con especialidad en Técnico Profesional	1 por cada 3 EE Media TP. Mín: 1	1 por cada 6 EE Media TP. Mín: 1
43	Sistemas de Orientación y Apoyo (apoyo psicosocial)	Jefe de Apoyo Psicosocial	Jefe(a) Equipo Psicosocial	Psicólogo / Asistente Social / Psicopedagogo / Terapeuta Ocupacional	1 por SLE	
44		Psicólogos	Apoyo, orientación y acompañamiento psicosocial	Psicólogos(as)	1 por cada 12 EE. Máx: 9	1 por cada 22 EE. Máx: 9
45		Psicopedagogo		Psicopedagogo(a) / docentes con experiencia	1 por cada 15 EE. Mín: 1	1 por cada 34 EE. Mín: 1
46		Asistente Social		Asistente Social / docentes u otro con experiencia	1 por cada 15 EE. Mín: 1	1 por cada 34 EE. Mín: 1
47		Educador Diferencial		Educador(a) Diferencial	1 por cada 15 EE. Mín: 1	1 por cada 34 EE. Mín: 1

Si se compara la propuesta de estructura con la actual estructura de trabajo de las municipalidades, se pueden ver varias diferencias. La principal es la división por escuela, a diferencia de la división que se realiza en las municipalidades, que es por programa. La división por programa presenta ciertos beneficios, como las “economías de escala” que se producen con los tiempos de gestión de los procesos. Sin embargo, este tipo de división se aleja del acompañamiento de los colegios en sus procesos, la cual es idealmente más personalizada e integral. Esto se ve dificultado por la cantidad de programas de salud escolar a coordinar, un ejemplo de los programas que llegan a los Establecimientos Educativos son:

Tabla n°8: Programas de intervención social que llegan a colegios.

Institución	Programas
JUNAEB	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios Médicos - Salud Oral - Habilidades Para la Vida - Área Psicosocial (Programa de Escuelas Abiertas, Programa de Apoyo a la Retención Escolar, Campamentos Recreativos Escolares y Escuelas Saludables para el Aprendizaje) - Programa de Alimentación Escolar (PAE)
MINEDUC	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de Integración Escolar (PIE) - Aulas del Bien Estar
MINSAL	<ul style="list-style-type: none"> - Talleres promocionales - Control de Salud de Niño y Niña Sano en Establecimientos Educativos
SENDA	<ul style="list-style-type: none"> - Actuar a Tiempo: Establecimientos Libres de Drogas - Prevención en Establecimientos Educativos

Falta incluir los programas que desarrollan las comunas e instituciones que deseen irse sumando como por ejemplo SENADIS, SERNAM, entre otros. También se deben contemplar las becas, ya que si bien no son parte del concepto de Salud Escolar, el perfil de área si debería contemplarlas.

Dado el análisis realizado a lo largo de este trabajo, se propone una estructura con visión a la construcción de un modelo integral de apoyo biopsicosocial. Para su funcionamiento, son necesarios profesionales de estas 3 áreas, más el apoyo idealmente de un psicopedagogo. Es importante que se desarrolle un trabajo integral en los colegios, en que estos puedan ser acompañados por un equipo multidisciplinario, y no solo por uno de estos profesionales. Es por esto que se sugiere la siguiente modificación a la dotación del área.

Tabla n°9: Dotación propuesta por Ley de Creación de Sistema de Educación Pública.

Área	Sub-área	Función General	Perfil	Ratios de Dotación	
				Urbano Vulnerable	Urbano No Vulnerable
Sistemas de Orientación y Apoyo (Apoyo Psicosocial)	Jefe(a) de Apoyo Psicosocial	Jefe(a) Equipo Psicosocial	Médico(a) / Enfermero(a) / Psicólogo(a) Laboral / Trabajador(ra) Social	1	1
	Equipo Multidisciplinario	Apoyo, Orientación y acompañamiento o psicosocial. Coordinación de intervenciones en Salud Escolar	Psicólogos(as)	1 por cada 15 EE Min: 1	1 por cada 20 EE Min: 1
			Enfermera(o)	1 por cada 15 EE Min: 1	1 por cada 20 EE Min: 1
			Trabajador(ra) Social	1 por cada 15 EE Min: 1	1 por cada 20 EE Min: 1
			Psicopedagogos(as)	1 por cada 15 EE Min: 1	1 por cada 20 EE Min: 1
Apoyo Administrativo	Apoyo en la coordinación de programas.	Administrador(ra) Público	2 por cada Equipo M.	1 por cada Equipo M.	

En primera instancia se cambia el perfil del Jefe de Apoyo Psicosocial. Esto es debido a que, según las entrevistas realizadas, la coordinación de estos programas requiere que la persona a cargo posea una formación en administración y gestión de personas, además de poseer conocimientos de las temáticas de salud biopsicosocial. Las profesiones ahí mencionadas son aquellas que en su malla curricular de pregrado poseen algún tipo de formación en el área de administración y gestión en salud, siendo las enfermeras las profesionales con más formación en esa área. Por otro lado, la combinación de otras carreras del área de salud con post grados en administración también serían profesionales idóneos para este rol.

Además, se propone un cambio en el enfoque de trabajo, en que se arman equipos multidisciplinarios por cada cluster o grupo de establecimientos. El equipo aborda el acompañamiento desde una perspectiva integral, que permite un apoyo mucho más concreto durante todo el año. Se coloca un profesional para máximo 20 colegios, lo que garantiza la posibilidad de por lo menos una visita del profesional de manera mensual a cada establecimiento por cada uno de los profesionales del equipo. Esta propuesta también contempla el apoyo administrativo, que permitirá descongestionar a los profesionales de las tareas de coordinación de carácter más administrativo, como por ejemplo la coordinación de proveedores o las problemáticas emergentes con respecto a los sistemas de información.

La valoración de esta propuesta sería

Tabla n°10: Valoración propuesta dotación.

Rol	Perfil	Salario
Jefe(a) de Apoyo Psicosocial	Médico(a) / Enfermero(a) / Psicólogo(a) Laboral / Trabajador(ra) Social	Entre \$2.300.000 y \$1.000.000
Equipo Multidisciplinario	Psicólogos(as)	\$1.000.000
	Enfermera(o)	\$1.200.000
	Trabajador(ra) Social	\$750.000
	Psicopedagogos(as)	\$750.000
Apoyo Administrativo	Administrador(ra) Público	\$1.200.000
Subtotal Equipo Multidisciplinario		\$4.900.000
Total Área con 1 equipo		\$7.200.000

8.1.4. Sistemas de información y control de gestión.

A corto plazo está presente el desafío de trabajar con múltiples plataformas por cada programa, usualmente no conectadas entre sí. Sumado a esto, existen otros procesos a nivel de los colegios que se realizan por medio del llenado de planillas Excel, lo cual dificulta el manejo de la información. En esta etapa es complejo intervenir los sistemas que se ocupan, pues eso requiere de un diagnóstico acabado de los sistemas que se usan, una propuesta contrastada con los usuarios y una implementación que requerirá capacitación y tiempo de parte de los usuarios. Se recomienda por tanto postergar los cambios más relevantes y modificar los sistemas en base a las siguientes modificaciones:

- 1. Utilizar documentos y carpetas online:** La utilización de este tipo de herramientas posee ventajas como un mayor control de avances y la facilitación de una ayuda oportuna y proactiva. Un ejemplo de aplicación de esta recomendación es en la etapa de levantamiento de necesidades del Programa de Servicios Médicos, en la cual se envía la información por medio de planillas Excel. La utilización de este formato online permitiría un control más efectivo y constante, además de la posibilidad de prestar ayuda o consejos a aquellos establecimientos con más dificultades.
- 2. Dashboard o Panel gráfico de indicadores:** Sirve para ver gráficamente indicadores relevantes que ayuden a tomar decisiones. En este caso, se recomienda un dashboard para hacer seguimiento a los plazos de cada proceso, al avance que se vaya logrando y a las coberturas de los programas. Especialmente puede ser útil para cada establecimiento el poder comparar los avances de cada establecimiento con el promedio, para ayudar a regular el avance.
- 3. Plataforma de Salud escolar:** Crear una plataforma en la cual se tenga acceso rápido a documentos relevantes, se compartan experiencias y estrategias, se puedan subir tutoriales y paso a paso, etc. Las comunidades virtuales de este tipo suelen ser de mucho apoyo en el trabajo remoto, además sirve como medio de reconocimiento a aquellas experiencias más innovadoras. Sin embargo, este tipo de herramientas son útiles solo si la comunidad es capaz de sentirse partícipe de su creación, por lo que es recomendable colocar canales de participación como buzones de preguntas, y por otro lado, exista un encargado que insume la plataforma de información relevante para los visitantes.
- 4. Barrera tecnológica:** Si bien es recomendable que los Encargados de Salud de los colegios posean conocimientos en usos de herramientas tecnológicas, esto no es siempre posible de lograr. Un método de apoyo que se realiza en algunas comunas son las reuniones de trabajo, en las que se juntan en colegios con salas de computación, o en alguna instalación que posea computadores e internet (ej. Sala de la municipalidad), y realizan la tarea de subir la información en conjunto a las plataformas de JUNAEB. Esto es muy útil para ayudar a aquellas personas con mayor dificultad en el uso del computador, y para asegurar el cumplimiento de los plazos para estos procesos.
- 5. Ser atingente a la realidad local:** Es necesario tener en cuenta que las recomendaciones anteriores no son de ayuda para todas las realidades. Existen comunidades y colegios muy vulnerables o aislados, que no cuentan con recursos de acceso a internet. Esto dificulta la conexión y comunicación. Para ellos es mucho más atingente la comunicación por otros medios, como telefónico o presencial. Es importante tener en consideración esta variable y destinar más horas de apoyo.

Para el control de la gestión de los establecimientos es útil poder tener indicadores fáciles de entender y de controlar, pero sobretodo que sirvan para realizar un seguimiento de la ejecución del programa. Por otro lado, el conocimiento de estos indicadores por parte de los establecimientos es útil para la autorregulación en su cumplimiento. Para esto se proponen los siguientes indicadores:

Tabla n°11: Propuesta indicadores.

Item	Indicador	Construcción	Meta
Cobertura	Porcentaje de niños participantes.	$\frac{N^{\circ} \text{ de niños participantes}}{\text{Matrícula colegio}}$	Meta asignada según programa.
Focalización	Porcentaje de niños del grupo objetivo cubiertos por programa	$\frac{N^{\circ} \text{ de niños intervenidos}}{N^{\circ} \text{ total de niños del grupo objetivo}}$	Dependiendo del programa, generalmente sobre 90%
Oportunidad	Latencia entre diagnóstico e intervención	Tiempo entre que se inicia el diagnóstico y el inicio de la intervención.	Meta asignada según programa.
Eficacia	Porcentaje de intervención sobre diagnóstico	$\frac{N^{\circ} \text{ de niños tratados}}{N^{\circ} \text{ de niños diagnosticados}}$	Dependiendo del programa, generalmente sobre 90%
Proceso	Cumplimiento de plazos para cada proceso	Número de semanas que demoró el proceso	Menor o igual al tiempo indicado para ese proceso

Es útil presentar estos indicadores a los Encargados de Salud de los Establecimientos, para que puedan hacer seguimiento de su propio trabajo. Estos indicadores están basados en aquellos que ya se utilizan en el seguimiento de estos programas y su instauración local permite el alineamiento del trabajo en el logro de ellos.

El Servicio Local de Educación también deberá comprometer plazos para la realización de las tareas que les correspondan, así como también las otras instituciones y proveedores involucrados. Es útil proporcionar y medir tiempos de respuestas a consultas y reclamos, así como la entrega oportuna de la calendarización anual. Un gran desafío es el cumplimiento de los tiempos comprometidos por las demás instituciones, como JUNAEB. Atrasos como por ejemplo el de la actualización anual que se realiza a la base de datos, es un problema para el cumplimiento de los procesos que involucran el uso de los sistemas de información. Es por esto que es muy importante escalar estos problemas y comprometer soluciones concretas, ya que el no cumplimiento por parte de las instituciones genera un clima que deteriora el esfuerzo a nivel local.

8.2. Segunda etapa mediano plazo/implementación

Es importante que, una vez asegurado el proceso de transición, se pueda tener una visión más amplia de los objetivos a desarrollar en materia de salud escolar, de manera que se pueda trabajar en una mirada integral de esta. Por ende, los objetivos que se proponen son:

- Establecer una estructura que permita una mirada integral de la salud escolar.
- Empoderar a los establecimientos educacionales en materia de salud escolar.

Para el cumplimiento de estos objetivos, la propuesta se divide en la definición del apoyo integral en la ejecución de programas de salud que necesita el nuevo sistema, y el fortalecimiento de los Establecimientos Educacionales en materia de Salud Escolar.

8.2.1. Apoyo integral en la ejecución de los Programas de Salud Escolar.

El cambio de una visión más integral de la coordinación de programas JUNAE hace necesario una redefinición de Salud Escolar. La OMS, en su propuesta de promoción de la salud establece como recomendación a un enfoque integral que se considere los siguientes aspectos:

1. Salud Educativa.
2. Entorno y servicios de nutrición.
3. Bienestar de los empleados.
4. Entorno saludable y seguro.
5. Servicios de Salud Escolar.
6. Servicios de consejería, ayuda psicológica y servicios sociales.
7. Participación de la comunidad/familia.
8. Educación física y actividad física.

Para poder implementar un modelo de este tipo es necesaria una estructura que apoye la ejecución de programas con un enfoque integral y con un diagnóstico multidimensional. Se recomienda trabajar con los lineamientos otorgados por la OMS en esta materia.

Por otro lado, el trabajo que está realizando Aulas del Bien Estar confluye en varios puntos en la aplicación del modelo anterior. Este proyecto consta de una dupla psicosociales que acompañan a los colegios en el diagnóstico y ejecución, colocando énfasis en fortalecer los recursos existentes. Como se mencionaba anteriormente, cuenta con mesas de trabajo, tanto a nivel central como local, lo que también confluye en las propuestas entregadas.

Sería una gran oportunidad poder tomar este programa e integrarlo al modelo de apoyo que entregue el SLE, aprovechando su enfoque de trabajo territorial y aunando esfuerzos en el trabajo del Ministerio de Educación en el tema de Salud Escolar, en vez de continuar creando nuevos métodos de intervención en el ya saturado sistema de programas de intervención. Por otro lado,

sería necesario fortalecer la coordinación en los puntos que Aulas del Bien Estar no está enfocada, uniendo el trabajo con el apoyo entregado por el equipo multidisciplinario. Al ser un programa relativamente nuevo, Aulas del Bienestar está presente en un bajo porcentaje de comunas (80 de 345 existentes), lo que ayudaría en transición. Por otro lado, la unión de las duplas psicosociales a los equipos multidisciplinarios de los Servicios Locales de Educación sería un gran apoyo al agregar la experiencia en el territorio.

Por otro lado, no solo la mirada del diagnóstico debe cambiar a una visión más integral, sino también los procesos de los programas. Para esto es necesario generar a partir de las mesas de trabajo que se establezcan, un sistema de información en común. Este sistema debe contemplar un formulario único de postulación a beneficios, ya sea de salud o sociales, de la forma en que se realiza el FUAS (Formulario Único de Acreditación Socioeconómica). Así también, poder coordinar los diagnósticos en salud, como el diagnóstico que realiza el área de Servicios Médicos y el que realiza MINSAL, con el Control de Salud de Niño y Niña Sano. A continuación se presenta un esquema de un modelo de atención integral, coordinado por el SLE.

8.2.2. Fortalecimiento de los Establecimiento Educativos en materia de Salud Escolar

Una mirada integral de la Salud Escolar requiere una redefinición los roles y responsabilidades de los participantes de cada nivel de los procesos. Es por esto que se propone la siguiente división:

- Escuela: La escuela debe ser la protagonista del proceso, es por esto que el Director, en conjunto con el Encargado de Salud, debe ser responsable de:
 - Realizar un diagnóstico de la Salud Escolar de sus estudiantes.
 - Identificar problemáticas en Salud Escolar y priorizarlas.
 - Diseñar un plan de mejoramiento en materia de Salud Escolar basado en la oferta programática y en las iniciativas propias del establecimiento.
 - Comunicar el plan a la comunidad escolar.
 - Apoyar la implementación del plan por parte de toda la comunidad escolar.
 - Supervisar y fiscalizar en terreno la implementación del plan.
 - Evaluar el plan y su implementación.

- Servicio Local de Educación:
 - Coordinar la llegada de las distintas instituciones y programas a las escuelas del territorio.
 - Entregar herramientas para el diagnóstico de Salud Escolar.
 - Informar y capacitar, o en su defecto coordinar capacitación, en los programas aplicados en el territorio.
 - Ayudar y supervisar la comunicación de las iniciativas de Salud Escolar en las escuelas.
 - Apoyar la implementación del plan de cada establecimiento con los recursos disponibles.
 - Entregar capacitación y herramientas para la supervisión y fiscalización de la implementación del plan por parte de cada establecimiento.

- Seguimiento a través de un set de indicadores de la evolución de cada escuela y del territorio en general.
 - Trabajo en terreno para entender y apoyar en las dificultades que posee cada realidad en la implementación del plan.
- **Municipalidad:**
 - Incentivar la participación de la comuna en la entrega de programas de salud en los Establecimientos Educativos.
 - Integrar a la comuna y a la APS a la red de apoyo de la escuela para la implementación del plan de la escuela.
 - Trabajo en la generación de estrategias de mejoramiento en Salud Escolar en la comunidad escolar en su conjunto.

Este cambio de roles significa tener que fortalecer el rol del Encargado de Salud de cada colegio. Mayores responsabilidades requieren necesariamente de un encargado que posea un perfil acorde al cargo, horas de trabajo asignadas y una remuneración por la labor realizada. Es por esto que se propone una dotación en la tabla siguiente.

Tabla n°12: Propuesta dotación.

Tamaño EE	Tipo de Encargado	Programas a cargo	Perfil	Jornada/hrs	Dotación
EE Grandes (>1.000 alumnos)	Encargado de Salud	Salud Escolar JUNAEB MINSAL SENDA OTROS	Enfermera(o)	Full time	1
	Encargado PAE	PAE	Profesor	Part time	1
	Encargado Convivencia	Convivencia Escolar	Psicólogo	Full time	1
EE medianos (entre 1.000 y 500 alumnos)	Encargado de Salud y PAE	Salud Escolar JUNAEB MINSAL SENDA OTROS PAE	Enfermera(o)	Full time	1
	Encargado Convivencia	Convivencia Escolar	Psicólogo	Full time	1
EE pequeños (<500 alumnos)	Encargado de Salud y PAE	Salud Escolar JUNAEB MINSAL SENDA OTROS PAE	Enfermera(o)	Part time	1
	Encargado Convivencia	Convivencia Escolar	Psicólogo	Part time	1

En primera instancia no se contempla diferencia entre Establecimientos Educativos vulnerables y no vulnerables, ya que este cambio presentaría un avance sustancial para gran parte de los establecimientos. Hay que tener presente que existen colegios que poseen un escenario aún

mejor que el propuesto, como por ejemplo los colegios municipales de providencia. Es importante en estos colegios invertir en mantener sus beneficios, si estos son bien evaluados por la comunidad escolar, y caminar hasta un escenario en que los demás colegios puedan acercar su realidad a la de estas. Bajar los beneficios de aquellos colegios de manera unilateral podría ser interpretado como un retroceso en materia de apoyo a la salud escolar y no contribuiría al trabajo del Servicio Local de Educación.

Se sumó a la propuesta de fortalecimiento el rol del Encargado de Convivencia. “Ellos son los responsables de diseñar, elaborar e implementar el Plan de Gestión, conforme a las medidas que determine el Consejo Escolar. Además son los encargados de diseñar en conjunto con la dirección del establecimiento, la conformación de equipos de trabajo (por niveles, por cursos, etc.) y la estrategia de implementación del Plan de Gestión, y su estrategia y monitoreo. Y sistemáticamente informan al equipo directivo y al Consejo Escolar de los avances o dificultades en la implementación del Plan de Gestión y a la Comunidad Educativa, los avances en la promoción de la convivencia escolar y de la prevención de la violencia.”²² Es una buena oportunidad poder sumar a este profesional al trabajo en temáticas de Salud Escolar, y a la vez poder profesionalizar su labor en términos de colocar un profesional idóneo que posea herramientas para poder mejorar la convivencia en el establecimiento. Esto ya ocurre es varios colegios, especialmente en las municipalidades con mayores recursos.

La valoración de la propuesta en contraste con un escenario tipo es:

Tabla n°13: Valoración propuesta dotación y contraste con escenario tipo.

Tamaño EE	Tipo de Encargado	Profesión actual	Profesión Propuesta	Salario Actual	Salario Propuesto	Diferencia
EE Grandes (>1.000 alumnos)	Encargado de Salud	Profesor	Enfermera(o)	\$115.000 ²³	\$1.250.000	\$1.135.000
	Encargado PAE	Profesor	Profesor	\$115.000 ²⁴	\$450.000	\$335.000
	Encargado Convivencia	Psicólogo	Psicólogo	\$450.000 ²⁵	\$1.000.000	\$550.000
Total diferencia						\$2.020.000
EE medianos (entre 1.000 y 500 alumnos)	Encargado de Salud y PAE	Profesor	Enfermera(o)	\$115.000 ²⁶	\$1.250.000	\$1.135.000
	Encargado Convivencia	Profesor	Psicólogo	\$450.000	\$1.000.000	\$550.000
Total diferencia						\$1.685.000
EE pequeños (<500 alumnos)	Encargado de Salud y PAE	Profesor	Enfermera(o)	\$115.000 ²⁷	\$650.000	\$535.000
	Encargado Convivencia	Profesor	Psicólogo	\$115.000 ²⁸	\$500.000	\$385.000

²² http://portales.mineduc.cl/index2.php?id_portal=50&id_seccion=3699&id_contenido=15395

²³ Calculo basado en un sueldo de \$850.000 y 6 horas de dedicación a la semana.

²⁴ Calculo basado en un sueldo de \$850.000 y 6 horas de dedicación a la semana.

²⁵ Salario Profesor Part time

²⁶ Calculo basado en un sueldo de \$850.000 y 6 horas de dedicación a la semana.

²⁷ Calculo basado en un sueldo de \$850.000 y 6 horas de dedicación a la semana.

²⁸ Calculo basado en un sueldo de \$850.000 y 6 horas de dedicación a la semana.

8.3. Tercera etapa largo plazo/instauración

Es necesaria tener una estrategia a largo plazo de lo que se busca en materia de salud escolar. La comparación con otras políticas públicas que se han realizado en países desarrollados nos brindan un punto de comparación y un horizonte al que poder trabajar. Los objetivos de esta etapa son:

- Establecer un trabajo conjunto que permita el desarrollo de políticas integrales e intersectoriales.

Para el cumplimiento de este objetivo se requiere en primera parte la instauración de la mesa de trabajo intersectorial de Salud Escolar como un comité permanente en materia de Salud Escolar. Esta propuesta es un símil a dos iniciativas anteriores, JUNAEB en su comienzo y el Concejo Nacional Vida Chile. Sin embargo, para que esta instancia se pueda instaurar es necesaria la creación de políticas públicas que reconozcan su trabajo y resguarden el espacio para que el trabajo se pueda proyectar más allá de los mandatos y prioridades políticas.

Un primer paso en esta línea es sumar la temática de Salud Escolar a la política Nacional de Fortalecimiento de la Educación Pública, que según el proyecto de ley, deberá proponer la Dirección Nacional de Educación Pública a la aprobación del Ministerio de Educación, cada cuatro años. Esto podría ser un gran paso para que finalmente se pueda entender la Salud Escolar como un determinante en la entrega de Educación Pública de calidad para todos y todas.

9. CONCLUSIONES

La Salud Escolar ha sido abordada de múltiples maneras en las últimas décadas. Sin embargo, las distintas instituciones no han sido capaces de instaurar un trabajo intersectorial, que permita un diagnóstico y tratamiento conjunto, y una llegada coordinada a las escuelas. Esta es una de las principales críticas que nacen de los colegios, la sobre intervención y saturación de la capacidad administrativa de los establecimientos.

El gran cambio surge al colocar a la escuela en el centro del sistema educativo. Son los establecimientos educacionales los responsables de enseñar, y los esfuerzos deben ir en ayuda a que pueda realizar sus labores de la mejor manera posible y utilizando sus recursos en ello. En este desafío es imprescindible la mirada territorial, pues es el nivel intermedio el más cercano a las escuelas y con una mayor capacidad de respuesta.

El concepto de calidad educativa también se debe ir transformando, desde la mirada puramente técnica a una visión integral del estudiante, su contexto y entorno. Los “otros” indicadores de la calidad deben ir cambiando a un concepto amplio de la calidad educativa, entendiéndola como aquella que educa en aprendizajes significativos y entrega herramientas para el aprendizaje del propio estudiante.

La Reforma Educacional presenta grandes esperanzas en esta línea de trabajo. Se destaca la mirada desde la escuela, en el apoyo a sus necesidades y potenciar sus capacidades. Dentro de este apoyo, son fundamentales los Programas de JUNAEB. Estos se hacen cargo de las condiciones básicas que necesita un estudiante para aprender, sin cuya ayuda, su proceso de aprendizaje se ve seriamente dañado, en especial los Programas de Salud. Los costos del sistema privado sumado a la baja capacidad de respuesta de los sistemas públicos, y la poca disponibilidad de tiempo de las familias, hacen que las problemáticas en salud sean postergadas por estas, las que muchas veces sufren de similares patologías.

Los Programas de Salud, tanto de JUNAEB como de otras instituciones trabajan arduamente por apoyar estas realidades. Sin embargo, diariamente deben lidiar con condiciones adversas en localidades vulnerables. Las municipalidades de esas localidades cuentan con menores recursos que sus pares de sectores más acomodados, lo que provoca disparidad en la entrega de servicios. La creación de Servicios Locales de Educación debe tomarse como una oportunidad para construir alternativas de intervención con una mirada territorial y una llegada conjunta. El SLE debe ser un apoyo técnico para el colegio, pero también debe ser un ente facilitador del trabajo intersectorial. El respaldo del Ministerio de Educación será clave en la reformulación del trabajo local, coordinando a todas las instituciones que llegan a los colegios para una reformulación de los métodos de intervención y la construcción de un trabajo conjunto.

Por otro lado, la Reforma Educacional debe ser también el momento para que las instituciones involucradas puedan mirarse de manera crítica en su funcionamiento. Tanto JUNAEB como las demás instituciones que desarrollan programas deben ser capaces de reformular su propia

estructura y procedimientos, para permitir un trabajo más colaborativo y con una mayor participación local. Así también, deben ser capaces de modernizar sus sistemas de información, hacia un sistema compartido, accesible y abierto, que apoye la comunicación y trabajo en red. Son estos cambios los que finalmente harán la diferencia para una implementación exitosa de la Reforma Educacional.

10. BIBLIOGRAFÍA

- [1] MINEDUC. Página oficial. [en línea] <<http://www.mineduc.cl/>> . [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [2] Chile. Ministerio de Hacienda. 2015. Ley N°20.882 y N°20.890: Ley de Presupuestos del sector público año 2016. [en línea] <http://www.dipres.gob.cl/594/articles-135748_Ley_de_Presupuestos_2016.pdf>, [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [3] JUNAEB. Página oficial. [en línea] <<https://www.junaeb.cl/>> . [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [4] JUNAEB. Balance de Gestión Integral 2014. [en línea] <http://www.dipres.gob.cl/574/articles-133231_doc_pdf>. [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [5] Nuñez, Iván et al. Ministerio de Educación. 1993. “Sistema Educativo Nacional de Chile”, cap . 4. [en línea] <<http://www.oei.es/quipu/chile/CHIL04.PDF>> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [6] Kremerman, Marco. 2011. “El desalojo de la educación pública” Serie “Ideas para el buen vivir” Fundación Sol. [en línea] <<http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2011/12/Ideas-1-Institucionalidad-y-Desarrollo.pdf>> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [7] MINEDUC. 2015. “Proyecto de Ley que crea el Sistema Nacional de Educación Pública”. [en línea] <https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=10782&prmBoletin=10368-04> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [8] OMS. 2014. “Documentos básicos”. [en línea] <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [9] UNICEF. 2004. “Derechos de los niños, niñas y adolescentes”. [en línea] <https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_MNDerechos.pdf> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [10] Comité de expertos, OMS. 1997. “Fomento de la Salud a través de la Escuela” [en línea] <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42206>> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [11] OMS. 2011. “The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence” [en línea] <<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/impact-of-health-and-health-behaviours-on-educational-outcomes-in-high-income-countries-the-a-review-of-the-evidence>> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [12] OMS. 2007. “La educación es la clave para reducir la mortalidad infantil: El vínculo entre la salud materna y la educación.” [en línea] <<https://unchronicle.un.org/es/article/la-educacion-es-la-clave-para-reducir-la-mortalidad-infantil-el-vnculo-entre-la-salud>> [consulta: 25 septiembre de 2016].

- [13] OMS. 2004. “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud”. [en línea] <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [14] Salinas, J. y Vío, F. 2011. “Programas de salud y nutrición sin política de estado: el caso de la promoción de salud escolar en Chile”. [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182011000200001> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [15] Schools for Health in Europe. Página oficial [en línea] <<http://www.schools-for-health.eu/she-network/she-network>> . [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [16] Monsalve, Laura et al. 2013. “Estudio analítico-comparado sobre las políticas educativas en educación para la salud en la Unión Europea”. [en línea] <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4761744>> . [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [17] Soto, N. y Vidal, M.A. 2005. “Centros Demostrativos en Gestión de Escuelas Saludables para el Aprendizaje”. [en línea] <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001471/147117s.pdf>>
- [18] OECD. 2004. “Revisión de Políticas Nacionales de Educación Chile. <[http://www.facso.uchile.cl/psicologia/epe/documentos/GT_cultura_escolar_politica_educativa/recursos%20bibliograficos/articulos%20relacionados/oecd\(2004\)revisiondepolicaseseducacionenchile.pdf](http://www.facso.uchile.cl/psicologia/epe/documentos/GT_cultura_escolar_politica_educativa/recursos%20bibliograficos/articulos%20relacionados/oecd(2004)revisiondepolicaseseducacionenchile.pdf)>. [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [19] Barros, O. 2000. “Rediseño de procesos de negocios mediante el uso de patrones”, Santiago, Dolmen Ediciones S.A. 304p.
- [20] Medina, A.2005. “Gestión por procesos y creación de valor público: Un enfoque analítico”, Santo Domingo, 560p.
- [21] Mallar, Miguel Ángel. 2010. “La gestión por procesos: un enfoque de gestión eficiente” [en línea] <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-87082010000100004>, [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [22] Cornejo, A. et al. JUNAEB. 2005. “SINAE Sistema Nacional de Asignación con Equidad para Becas JUNAEB: Una nueva visión en la construcción de igualdad de oportunidades en la infancia” [en línea] <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2013/02/libro_junaeb.pdf> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [23] Conferencia Internacional para la promoción de la Salud. Ottawa, Canadá. 1986. “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”. [en línea] <<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [24] OPS. 2005. “Las escuelas promotoras de la salud en América Latina, resultados de la primera encuesta regional” [en línea] <http://www1.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_Encuesta%20I.pdf> [consulta: 25 septiembre de 2016].

- [25] Allensworth, D. Institute of Medicine (US) Committee on Comprehensive School Health Programs. 1995. "Defining a Comprehensive School Health Program: An Interim Statement." [en línea] <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK231148/>>, [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [26] Deschesnes, M. 2003. "Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation?" Health Promotion International. Vol. 18. No. 4. [en línea] <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14695370>> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [27] Center for Disease Control and Prevention CDC. 2015. Página web. [en línea] <<https://www.cdc.gov/healthyschools/wscs/approach.htm>> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [28] Business Process Management: Concepts, Languages, Architectures; Mathias Weske; Springer.
- [29] Business Modeling: A Practical Guide to Realizing Business Value; David M. Bridgeland, Ron Zahavi; Morgan Kaufmann.
- [30] Investigación Operativa/Análisis de Sistemas, Vol. I : Metodología y Técnicas, Oscar Barros
- [31] Departamento Administrativo de la Función Pública 2015. Guía de rediseño institucional para entidades públicas en el orden territorial. Bogota, Colombia. [en línea] <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/GuaRedise%C3%B1oInstitucionalEntidadesPublicasOrdenTerritorial/9ec50872-cd62-4893-aead-dd858417567d> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [32] MIDEPLAN2009. Guía para el Levantamiento de Procesos. [en línea] <<https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/5d4b8d59-d008-407c-bf52-00be6de79e80/guia-levantamiento-procesos-2009.pdf>> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [33] Servicio de Gestión y Control de la Calidad, Universidad Miguel Hernández de Elche. "Manual de diseño de procesos". [en línea] <<http://calidad.umh.es/files/2010/09/procesos.pdf>> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [34] MIDEPLAN. 2007. "Guía para el rediseño de procesos." [en línea] <<https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/5ba1ee76-c597-4dc0-b818-67f53f3f430c/Guia-redisen-procesos-2007.pdf?guest=true>> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [35] CAIGG Área de Estudios, Ministerio Secretaría General de la Presidencia.2015. "Propuestas metodológicas para el levantamiento y modelamiento de procesos." [en línea] <<http://www.auditoriainternadegobierno.cl/wp-content/uploads/2015/06/DOCUMENTO-TECNICO-N-89-PROPUESTAS-METODOLOGICAS-PARA-EL-LEVANTAMIENTO-Y-MODELAMIENTO-DE-PROCESOS.pdf>> [consulta: 25 septiembre de 2016].
- [36] Waissbluth, M. 2008. "Gestión del cambio en el sector público". [en línea] <<http://www.dii.uchile.cl/~ceges/publicaciones/109%20ceges%20MW.pdf>> [consulta: 25 septiembre de 2016].

[37] MINSAL. 2010. “Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020”. [en línea] <<http://www.salud-e.cl/wp-content/uploads/2013/08/Objetivos+Sanitarios+de+la+d%C3%A9cada+2011-2020.pdf>> [consulta: 25 septiembre de 2016].

[38] Chile. Ministerio de Planificación. Ley 20.379 “Crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia "Chile Crece Contigo". [en línea] <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1006044>> [consulta: 25 septiembre de 2016].

[39] Chile Crece Contigo. Página web. [en línea] <<http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/que-es/>> [consulta: 25 septiembre de 2016].

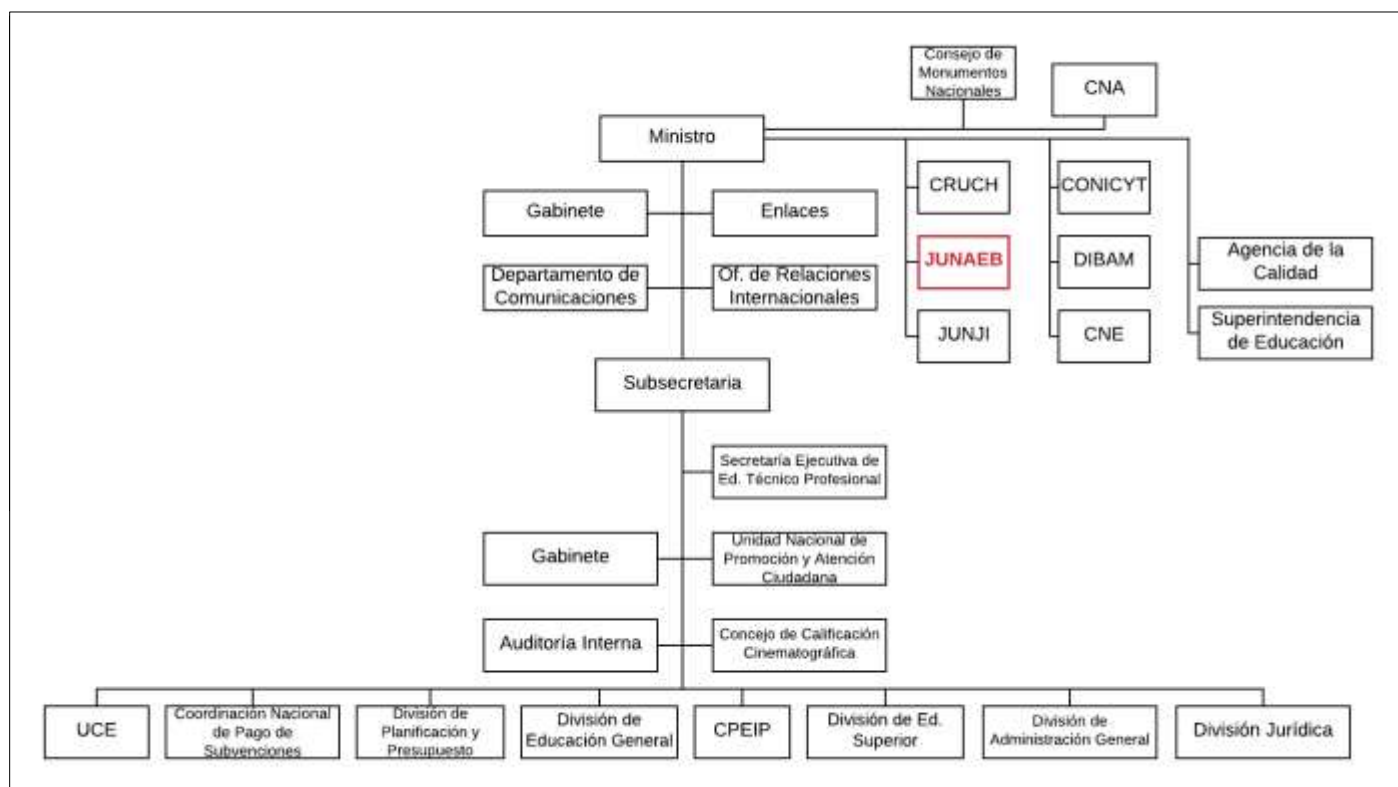
[40] Chile. Ministerio de Desarrollo Social. Ley 20.670 “Crea el sistema Elige Vivir Sano”. [en línea] <<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1051410>> [consulta: 25 septiembre de 2016].

[41] Chile. Ministerio de Educación Pública. Ley 15.720 “Crea una corporación autónoma con personalidad jurídica y derecho público y domicilio en Santiago, denominada Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas”. [en línea] <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28281>> [consulta: 25 septiembre de 2016].

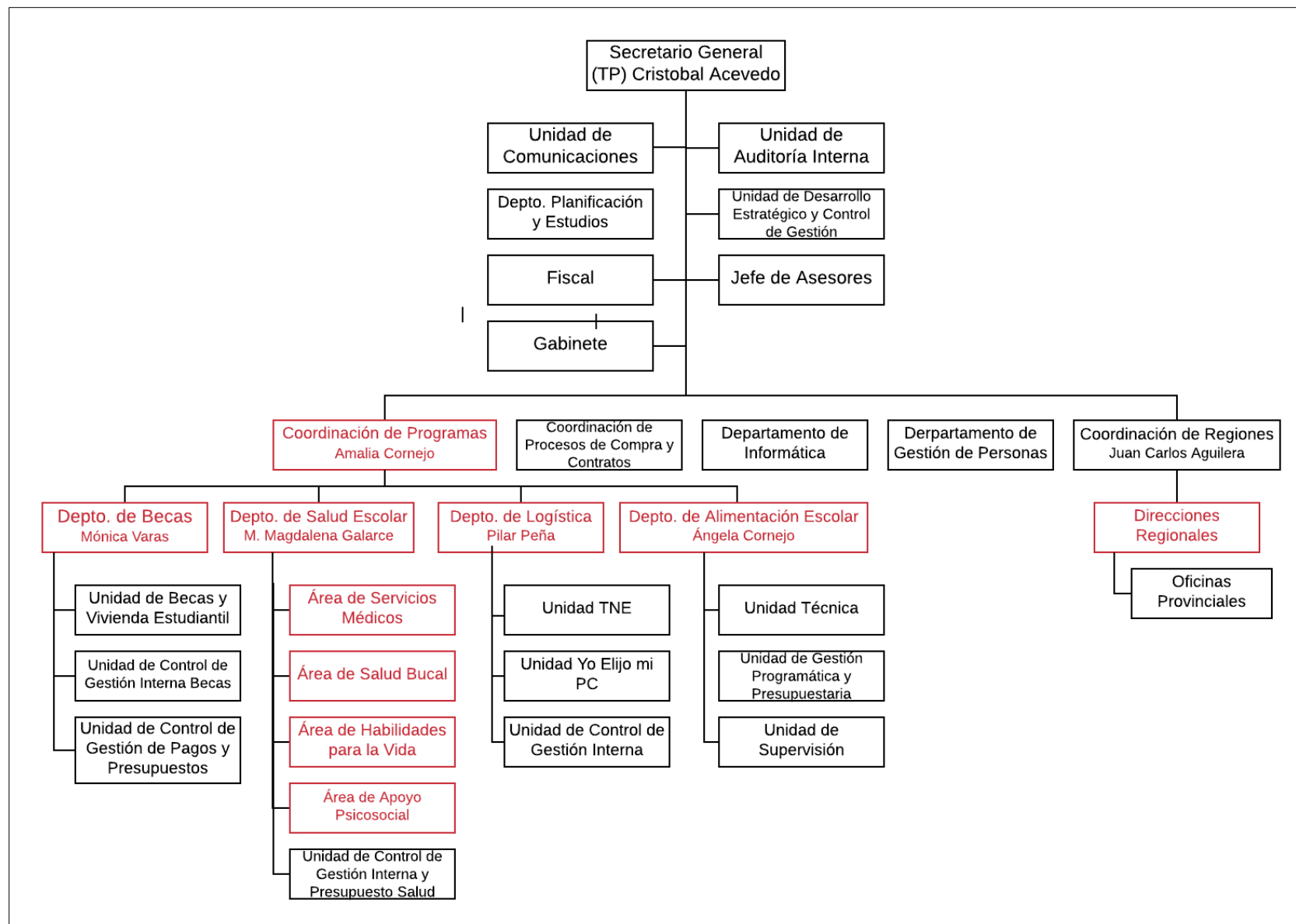
[42] MINEDUC et al. 2016. “Orientaciones técnicas Aulas del Bien Estar” [en línea] <http://www.convivenciaescolar.cl/usuarios/convivencia_escolar/File/2016/Orientaciones_Tecnicas_Aula_del_%20Bien_Estar.pdf> [consulta: 25 septiembre de 2016].

11. ANEXOS

Anexo A: Organigrama Ministerio de Educación. Fuente: mineduc.cl



Anexo B: Organigrama JUNAEB. Fuente: junaeb.cl



Anexo C: Simbología BPMN. Fuente: bizagi.com

Objetos de Flujo: Son los principales elementos gráficos que definen el comportamiento de los procesos. Dentro de los objetos de Flujo encontramos:

- **Eventos:** Son algo que sucede durante el curso de un proceso de negocio, afectan el flujo del proceso y usualmente tienen una causa y un resultado. Dentro de los anteriores ejemplos utilizamos inicio, fin y temporizador, estos elementos son eventos y a su vez se encuentran clasificados en 3 tipos.



Dentro de BPMN existen muchas formas de iniciar o finalizar un proceso e igualmente existen muchas cosas que pueden llegar a suceder durante el transcurso del proceso, por lo tanto existen diferentes tipos de eventos de inicio, eventos de fin y eventos intermedios. Cada uno de estos eventos puede ser estilizado para representar los detalles específicos de su proceso. Los ejemplos siguientes están contenidos dentro de símbolos de evento iniciales, pero que se pueden combinar con cualquier tipo de evento. Los símbolos de eventos comunes representan las siguientes circunstancias:



Mensaje - Un mensaje desencadena el proceso, facilita los procesos intermedios, o finaliza el proceso.



Temporizador - Una hora, fecha, o hora y fecha recurrente desencadena el proceso, ayuda a procesos intermedios, o completa el proceso.



Condicional - Un proceso empieza o continúa cuando una condición de negocio o norma de negocio se cumple.

- **Actividades:** Estas Representan el trabajo que es ejecutado dentro de un proceso de negocio. Las actividades pueden ser compuestas o no, por lo que dentro de los ejemplos utilizamos los dos tipos de actividades existentes:



Tareas



Sub-procesos

Existen diferentes tipos de tareas: Simple, automáticas, manuales, de usuario, entre otras. Así mismo los distintos tipos de sub-proceso: embebido, reusable y transaccional. La inclusión de estos elementos permite diagramar con más profundidad los procesos, suministrando más información y claridad al lector.

- **Compuertas:** Son elementos del modelado que se utilizan para controlar la divergencia y la convergencia del flujo. Existen 7 tipos de compuertas:



Exclusiva - Evalúa el estado de un proceso de negocio y, basado en la condición, divide el flujo en uno o varios caminos mutuamente exclusivos. Por ejemplo, se escribirá un informe si un supervisor concede la aprobación; no se generará ningún informe si el supervisor retiene la aprobación.



Basada en eventos - Una puerta basada en eventos es similar a una puerta exclusiva – ambas involucran un camino en el flujo. En el caso de la puerta basada en eventos, sin embargo, está evaluando qué evento ha ocurrido, no qué condición se ha cumplido. Por ejemplo, puede que quiera esperar a enviar un correo electrónico hasta que el CEO haya llegado a la oficina. Si el CEO no llega, el correo electrónico se mantendrá sin enviar.



Paralela - Difiere de otras puertas porque no es dependiente de las condiciones o de los eventos. En su lugar, las puertas paralelas se usan para representar dos tareas concurrentes en un flujo de negocio. Un ejemplo es un departamento de marketing que genera nuevas oportunidades de ventas y contacta con las oportunidades existentes al mismo tiempo.



Inclusiva - Divide el flujo del proceso en uno o más flujos. Por ejemplo, una puerta inclusiva podría involucrar acciones de negocio tomadas basadas en resultados de encuestas. Puede desencadenarse un proceso si el cliente está satisfecho con el producto A. Se desencadena otro flujo cuando el cliente indica que está satisfecho con el producto B, y se desencadena un tercer proceso si no está satisfecho con A.



Exclusiva basada en eventos - Empieza una nueva instancia de proceso con cada aparición de un evento posterior.



Compleja - Estas puertas solamente se utilizan para los flujos más complejos en un proceso de negocio. Un caso de uso ideal para la puerta compleja es cuando necesita múltiples puertas para describir el flujo de negocio.



Paralela basada en eventos - Como el nombre sugiere, esta puerta es similar a una puerta paralela. Permite que tengan lugar múltiples procesos al mismo tiempo, pero al contrario que la puerta paralela, los procesos son dependientes de eventos.

Objetos de Conexión: Son los elementos usados para conectar dos objetos del flujo dentro de un proceso. Dentro de los ejemplos utilizamos la Líneas de secuencia, que conectan los objetos de flujo, y las asociaciones, que son las líneas punteadas que nos permitieron asociar anotaciones dentro de algunos flujos. Existen 3 tipos de objetos de conexión:

—————▶ **Flujo de secuencia** - Conecta objetos de flujo en un orden secuencial apropiado.

○ — — ▶ **Flujo de mensaje** - Representa mensajes de un proceso participante de otro.

..... **Asociación** - Muestra relaciones entre artefactos y objetos de flujo.

Canales: son elementos utilizados para organizar las actividades del flujo en diferentes categorías visuales que representan áreas funcionales, roles o responsabilidades



Artefactos: Los artefactos son usados para proveer información adicional sobre el proceso. Dentro de los ejemplos se utilizaron algunas anotaciones dentro del flujo. Existen 3 tipos Objetos de Datos, Grupos y Anotaciones

Las anotaciones permiten al modelador describir partes adicionales del flujo del modelo o notación.

Los grupos organizan tareas o procesos que tienen significado en el proceso general.

Los datos de objetos representan datos colocados en el proceso, datos resultantes del proceso, datos que tienen que ser recogidos, o datos que deben ser almacenados.



Anexo D: Resumen Entrevistas Indagativas JUNAEB.

Institución	Área	N° entrevistados
JUNAEB Nivel Central	Coordinación de Programas	1
JUNAEB Nivel Central	Becas	2
JUNAEB Nivel Central	Salud Oral	1
JUNAEB Nivel Central	Logística (TNE y TICs)	1
JUNAEB Regional	PAE	1
JUNAEB Regional	Habilidades para la vida	1

Anexo E: Análisis de dimensiones de los programas de JUNAEB

Programa	Dimensión I	Dimensión III
Programas Becas	<p>Receptor</p> <p>Rol relacionado principalmente a la recepción de documentación y generación de informes sociales. No están tan relacionados con los colegios, pues la postulación se realiza por lugar de residencia.</p>	<p>No existe definición sobre la transferencia, sin embargo en un análisis a priori su transferencia no parece ser necesaria. Las municipalidades generalmente gestionan las becas dentro del área social. Es necesario analizar el caso de Hogares estudiantiles, pero que al ser pocas iniciativas, se puede ver caso a caso.</p>
Programa de Alimentación Escolar	<p>Rol fiscalizador</p> <p>El programa se licita y se entrega directamente en los colegios. El rol de la municipalidad es la responsabilidad en el cumplimiento de las normas como sostenedor de los colegio y a la fiscalización de las raciones a través de los encargado PAE de los colegios. No hay procesos tan establecidos desde la municipalidad, su rol está ligado a dar solución a posibles problemáticas que puedan surgir en la entrega del servicio, ya sea resolviéndolo si es su responsabilidad o haciendo el contacto con JUNAEB.</p>	<p>No hay una señal clara de la transferencia de este rol. Sin embargo, por la información levantada, las responsabilidades de la municipalidad en el programa, es esperable una transferencia de este rol a los SLE.</p>

Programas de Salud Escolar	Rol de coordinador o ejecutor, dependiendo del programa. Acá la municipalidad posee una mayor responsabilidad en la ejecución del programa, lo que hace más compleja la transferencia de procesos.	Presenta mayor dificultad, dado que la municipalidad es responsable de procesos de ejecución y coordinación. La respuesta de la transferencia del rol a los SLE parece más compleja y requiere un análisis más detallados de las complejidades que esta transferencia pueda tener.
Tarjeta Nacional de Estudiante (TNE)	La municipalidad no cumple un rol activo en este servicio.	No existe transferencia posible
Programa Yo Elijo Mi PC y Me Conecto Para Aprender	La entrega de los computadores se realiza en coordinación con las Municipalidades, por lo que estos ayudan en la logística de su entrega.	Si bien es posible que se pueda transferir este rol, no presenta mayores dificultades de ejecución.
Programa de Útiles Escolares	La municipalidad no cumple un rol activo en este servicio.	No existe transferencia posible

Anexo F: Resumen Entrevistas levantamiento de procesos Programas de Salud de JUNAEB.

Institución	Área/Cargo	N° entrevistados
JUNAEB Nivel Central	Servicios Médicos	1
JUNAEB Regional	Salud Escolar	1
JUNAEB Regional	Servicios Médicos	3
JUNAEB Nivel Central	Logística (TNE y TICs)	1
Municipalidad	Coordinador Comunal	5
Establecimientos Educativos	Encargados de Salud	3
Expertos	Expertos con experiencia en Salud, JUNAEB Y MINSAL	2

Anexo G: Indicadores de Salud Bucal establecidos en los Objetivos Sanitarios 2011-2020 relacionados a Salud Escolar.

2.9	Salud Bucal
RE1	Intervención Pre-escolar y Escolar
1.1.	Porcentaje bienal de niños (2 y 4 años), que cuentan con un adulto responsable que se considera capaz de cuidar de su salud bucal.
1.1.	Porcentaje anual de establecimientos escolares (municipales), que cuentan con programa educativo operativo en Salud Bucal* de 1° a 4° básico, por SEREMI.
1.2.	Porcentaje anual de establecimientos pre-escolares (dependientes de JUNJI-Integra), que cuentan con Programa Educativo de Padres* operativo, por SEREMI.
1.3.	Porcentaje bienal de establecimientos pre-escolares (JUNJI, INTEGRRA, Municipales) seleccionados por alto riesgo cariogénico, que cuentan con espacio físico e insumos de cepillado adecuado*, por SEREMI.
1.4.	Porcentaje anual de establecimientos pre-escolares (JUNJI, INTEGRRA, Municipales) seleccionados por alto riesgo cariogénico*, cuyos niños reciben barniz de flúor semestralmente, por SEREMI.
1.5.	Porcentaje bienal de establecimientos escolares (Municipales), seleccionados por alto riesgo cariogénico*, cuyos niños de 1° a 4° básico cuentan con espacio físico e insumos de cepillado adecuado*, por SEREMI
1.6.	Porcentaje anual de establecimientos escolares (Municipales) seleccionados por alto riesgo cariogénico*, cuyos niños de 1° a 4° reciben barniz de flúor semestralmente, por SS
RE3	Sistema de Información Epidemiológica
3.1.	Porcentaje anual de ingresos de grupos priorizados*, que cuentan con registros de daño por caries (ceod o COPD) en REM, por SS
3.2.	Estudio poblacional de Salud Bucal en niños y adolescentes para evaluación de metas de impacto de la Estrategia Nacional de Salud

Anexo H: Objetivos y metas para el cumplimiento del Objetivo estratégico n°3 de los Objetivos Sanitarios 2011-2020

	Tema	Objetivos	Meta
3.1.	Salud Óptima	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores ²⁹ , en población mayor a 15 años
	Consumo de Tabaco	Reducir el consumo de tabaco	Reducir 5% la prevalencia proyectada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años
	Consumo de Alcohol	Reducir el consumo	Disminuir 10% la prevalencia

²⁹ No fumar, IMC < 200 mg/dl, glicemia bajo 100 mg/dl.

		de riesgo de alcohol	proyectada de consumo de riesgo de alcohol ³⁰ en población de 15 a 24 años
	Sobrepeso y Obesidad	Disminuir prevalencia de obesidad infantil	Disminuir 10% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años ³¹
	Sedentarismo	Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes	Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente ³² en población entre 15 a 24 años
	Conducta Sexual	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes	Aumentar 20% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente
	Consumo de Drogas Ilícitas	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población general	Disminuir 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas ³³ durante último año en población de 12 a 64 años

Anexo I: Indicadores para el cumplimiento del Objetivo estratégico n°3 de los Objetivos Sanitarios 2011-2020 relacionados a Salud Escolar.

3.1.	Salud Óptima
RE 1	Promoción de Salud en Comunas
1.1.	Orientaciones Técnicas para el desarrollo de Programas Comunales de Promoción en Salud (PCPS), actualizadas al menos cada dos años
1.2.	Porcentaje anual de comunas que incorporan el PCPS en sus instrumentos de planificación local (PLADECO, PADEM, Planos reguladores, etc.), por SEREMI
1.3.	Porcentaje anual de comunas que incorporan componente de promoción de factores psicosociales*, en sus PCPS por SEREMI
1.4.	Porcentaje anual de comunas que incorporan componente de promoción de cohesión social y asociatividad* en sus PCPS, por SEREMI
1.5.	Porcentaje anual de comunas que incorporan componente de recuperación y habilitación del entorno para promover estilos de vida saludables en sus PCPS, por SEREMI
1.6.	Porcentaje anual de comunas que incorporan componente de alimentación en sus PCPS, por SEREMI
1.7.	Porcentaje anual de comunas que incorporan componente de promoción de la salud destinada a adultos mayores y discapacidad en sus PCPS, por SEREMI

³⁰ < 200 mg/dl, glicemia bajo 100 mg/dl. (2) Puntaje instrumento AUDIT mayor a 7.

³¹ Población bajo control, DEIS

³² Actividad física o deporte, fuera del trabajo, por 30 minutos al menos 3 veces por semana.

³³ Marihuana, pasta base y cocaína.

1.8.	Porcentaje anual de comunas priorizadas que incorporan el PCPS en sus instrumentos de planificación local (PLADECO, PADEM, Planos reguladores, etc.), por SEREMI
1.9.	Porcentaje de comunas priorizadas, que el PCPS incorporan todos los componentes de promoción*
3.2.	Consumo de Tabaco
RE 3	Intervención Escolar
3.1.	Prevalencia de consumo de último mes en escolares de 8° básico
3.2.	Orientaciones Técnicas* para la prevención del consumo de tabaco en menores de 14 años, revisadas/ actualizadas cada 3 años
3.3.	Porcentaje de establecimientos educacionales que participan en actividades de promoción* para la prevención del consumo de tabaco, por SEREMI
RE 5	Intervención Comunitaria
5.2.	Porcentaje anual de comunas que desarrollan programas de promoción de estilos de vida sin tabaco*, por SEREMI
3.3.	Alcohol
RE 2	Intervenciones Breves
2.3.	Porcentaje anual de adolescentes que consultan en "Espacios Diferenciados para Adolescentes y Jóvenes", que reciben Intervención Breve, por SS.
3.4.	Sobrepeso y Obesidad
RE 2	Intervención Escolar
2.1.	Porcentaje anual de establecimientos municipales y subvencionados intervenidos en alimentación y actividad física (Programa Establecimientos saludables), por SEREMI
2.2.	Porcentaje de establecimientos municipales y subvencionados intervenidos (Programa Establecimientos saludables) que cumplen a lo menos el 80% del indicador de calidad, por SEREMI
2.3.	Porcentaje anual de comunas que cumplen con más del 10% de establecimientos intervenidos, que son fiscalizados, por SEREMI.
3.5.	Sedentarismo
RE 1	Abogacía
1.1.	Suscribir la Política Nacional de Actividad Física vigente
1.2.	Recomendaciones de políticas públicas relacionadas con Actividad Física*, destinadas al intersector, revisadas/actualizadas, al menos cada 2 años.
1.3.	Participación en Plan de trabajo bienal, de la Comisión Intersectorial con al menos la participación de MINSAL, IND, MINEDUC.
1.4.	Porcentaje anual de comunas que incorporan componente de actividad física en sus PCPS, por SEREMI
3.6.	Conducta Sexual
RE 1	Promoción y prevención
1.1.	Recomendaciones de Políticas Públicas* relacionadas a Sexo Seguro destinada al intersector elaboradas/actualizadas al menos cada 4 años
1.2.	Porcentaje de comunas que cuentan con Plan de Promoción de Salud Sexual y Reproductiva, desarrollado con la participación de al menos 3 sectores, además del sector salud, por SEREMI
1.3.	Tasa anual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, por adolescentes de 10 a 19 años, por SS.

1.4.	Tasa anual de preservativos entregados, por consulta en "Espacios Diferenciados para Adolescentes y Jóvenes", por SS.
3.7.	Consumo de Drogas Ilícitas
RE 1	Abogacía
1.1.	Recomendaciones de Políticas Públicas* relacionadas con consumo de drogas ilícitas destinada al intersector elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años
RE 2	Intervención en AP
2.1.	Orientaciones Técnicas* para los "Espacios Diferenciados para Adolescentes y Jóvenes"* relacionadas con el consumo de drogas ilícitas en AP, revisadas/actualizadas al menos cada 3 años, por SS.
RE 3	Sistemas Locales de Prevención
3.1.	Porcentaje anual de comunas con sistemas locales de prevención del consumo de drogas, que cuentan con la participación del Departamento o Corporación de Salud municipal, por SEREMI.

Anexo J: Objetivos y metas para el cumplimiento del Objetivo estratégico n°4 de los Objetivos Sanitarios 2011-2020, relacionados con Salud Escolar.

	Tema	Objetivo	Meta
4.2.	Salud Infantil	Disminuir el rezago infantil	Disminuir 15% la prevalencia de rezago en población menor de 5 años
4.3.	Salud del Adolescente	Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años
4.4.	Embarazo Adolescente	Disminuir el embarazo adolescente	Disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años

Anexo K: Indicadores para el cumplimiento del Objetivo estratégico n°4 de los Objetivos Sanitarios 2011-2020 relacionados a Salud Escolar.

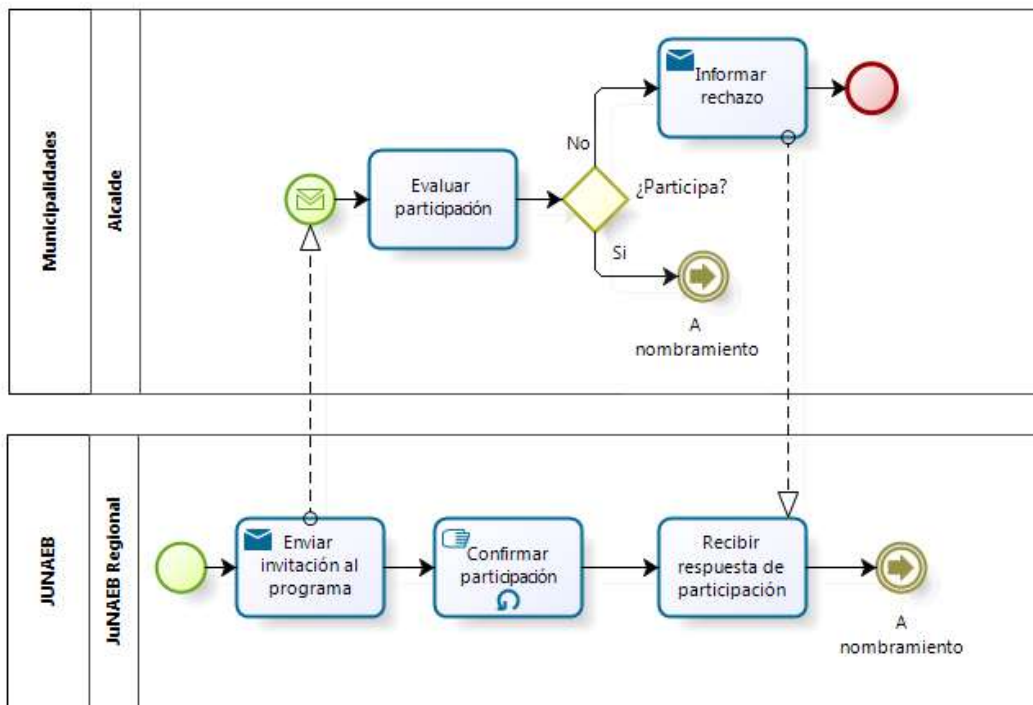
4.2.	Salud Infantil
RE 1	Desarrollo Infantil Integral
1.3.	Porcentaje anual de Planes Comunales vigentes*, que consideran actividades para la Promoción del Desarrollo Infantil (según estándar propuesto por manual del Misal), por SEREMI.
1.4.	Porcentaje de niños entre 0 y 4 años, cuyos Madres, padres y/o cuidadores asisten a Talleres Nadie es Perfecto*, por SS.
RE 2	Prevención Primaria
2.1.	Orientaciones Técnicas* del programa de Salud Infantil, revisadas/evaluadas al menos cada 5 años
RE 3	Prevención Secundaria
3.3.	Porcentaje anual de comunas que cuentan con Salas de Estimulación o acceso a equivalentes* por SS.
3.4.	Porcentaje anual de Salas de Estimulación, que cumplen con estándares de calidad*,

	por SS.
4.3.	Salud del Adolescente
RE 1	Trabajo intersectorial
	Porcentaje anual de comunas, que cuentan con programa de promoción de factores protectores de salud integral de adolescentes y jóvenes implementado según Orientaciones Técnicas* ministeriales, por SEREMI.
	Porcentaje anual de comunas que incorporen en sus planes comunales de salud, programas de prevención integral en salud mental*, por SEREMI.
	Porcentaje anual de comunas, que cuentan con programas de capacitación de “gatekeepers” comunitarios*, según Orientaciones Técnicas* ministeriales, por SEREMI.
RE 2	Detección de Casos de Riesgo
2.2.	Porcentaje anual de adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental detectados en el Examen de Salud Preventivo del Adolescente, que cuentan con tamizaje de riesgo de suicidio aplicado*, por SS.
RE 3	Cobertura y Calidad de la Atención
3.1.	Orientaciones Técnicas relacionados a Espacios Diferenciados para Atención de Adolescentes, elaborado/actualizado al menos cada 3
3.2.	Porcentaje anual de comunas que cuentan con al menos un Espacio Diferenciado para Atención de Adolescentes, por SS
3.3.	Porcentaje anual de Espacios Diferenciados para Atención de Adolescentes que cumplen con estándar de calidad señalado en Orientación Técnica, por SS.
3.4.	Tasa anual de población adolescente de 10 a 14 años inscrita, que recibieron Control de Salud Integral, por SS.
3.5.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 14 años, con tamizaje de riesgo de depresión (+), que reciben tratamiento, por SS.
3.6.	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, con tamizaje de riesgo de depresión (+), que reciben tratamiento, por SS.
3.7.	Porcentaje anual de suicidios de adolescentes y jóvenes que cuentan con auditorías de fichas, por SS.
4.4.	Embarazo Adolescente
RE 1	Trabajo Intersectorial
1.1.	Recomendaciones de Políticas Públicas* relacionadas con uso de métodos de regulación de fecundidad en población adolescente destinada al intersector elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años.
RE 2	Cobertura y Calidad de la Atención
2.1.	Tasa anual que usan algún método de regulación de fecundidad, por población adolescentes de 15-19 años
2.2.	Porcentaje anual de adolescentes mujeres de 10 a 14 años que recibieron Control de Salud Integral, que se embarazan, por SS.
2.3.	Porcentaje anual de madres adolescentes que recibieron Visita Domiciliaria Integral, que se embarazan por segunda vez dentro de los primeros 24 meses
2.5.	Porcentaje de comunas, que cuentan con implementación de programas para fortalecimiento de habilidades parentales en familias vulnerables* con hijos adolescentes de 10 a 14 años, por SEREMI.
2.6.	Tasa anual de adolescentes mujeres de 10 a 14 años, que recibieron Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, por SS.

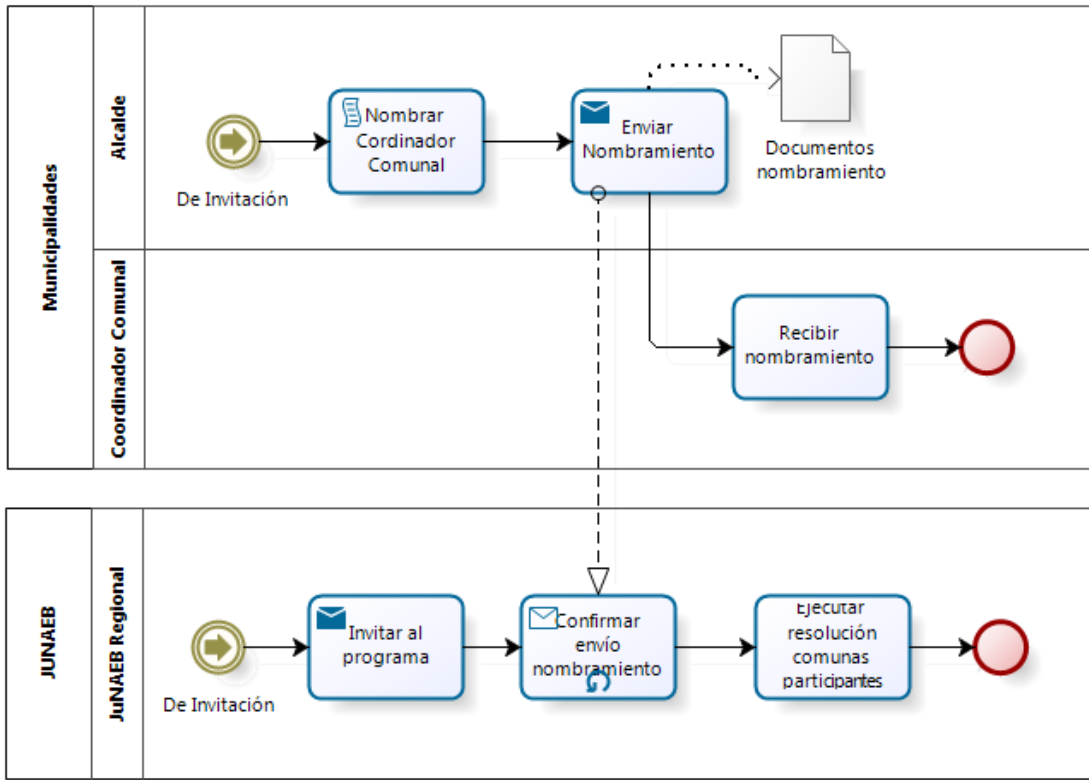
2.7.	Tasa anual de adolescentes hombres de 10 a 14 años, que recibieron Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, según sexo, por SS.
2.8.	Tasa anual de adolescentes de 10-14 años con primer embarazo que recibieron Visitas Domiciliarias Integrales, por SS.
2.9.	Tasa anual de adolescentes de 15-19 años con primer embarazo que recibieron Visitas Domiciliarias Integrales, por SS.

Anexo L: Subprocesos Preparación del Programa

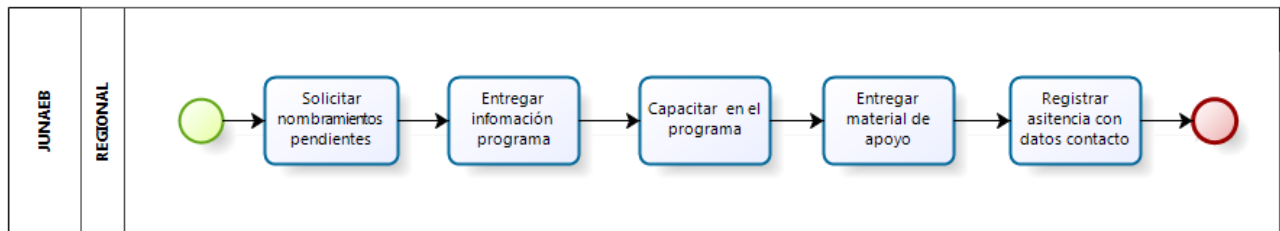
Proceso de Invitación al Programa.



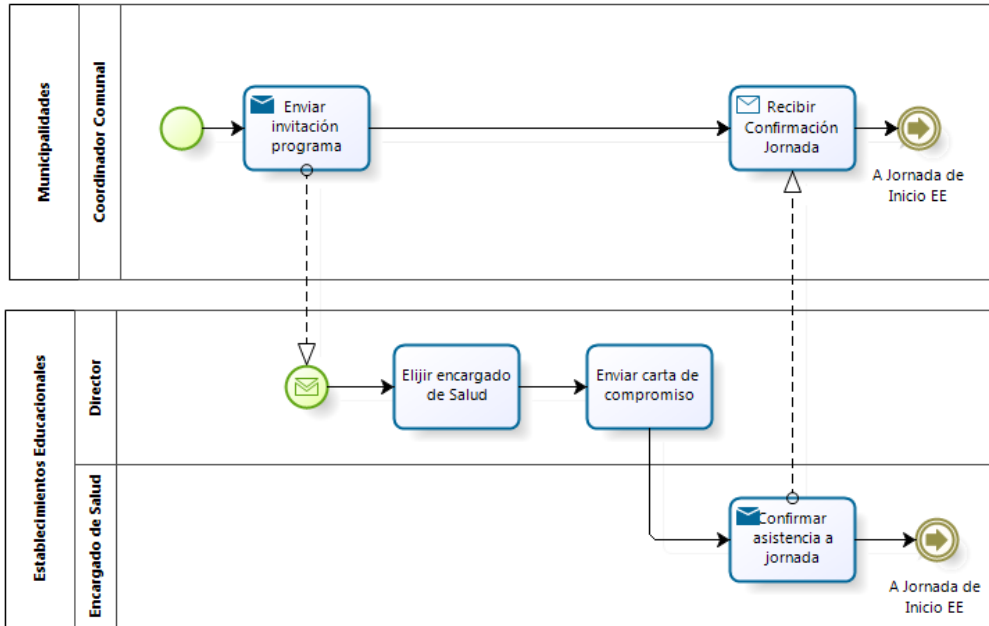
Proceso de Nombramiento del Coordinador Comunal.



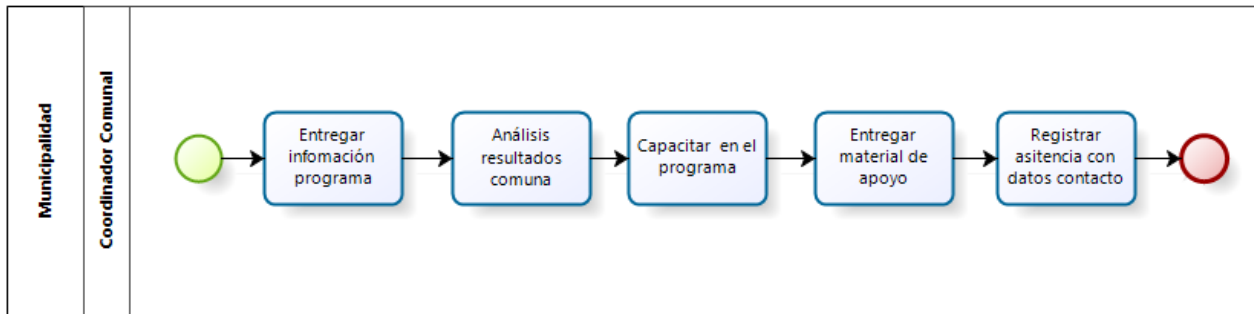
Proceso de Jornada de Inicio Regional.



Proceso de Nombramiento del Encargado de Salud del EE.

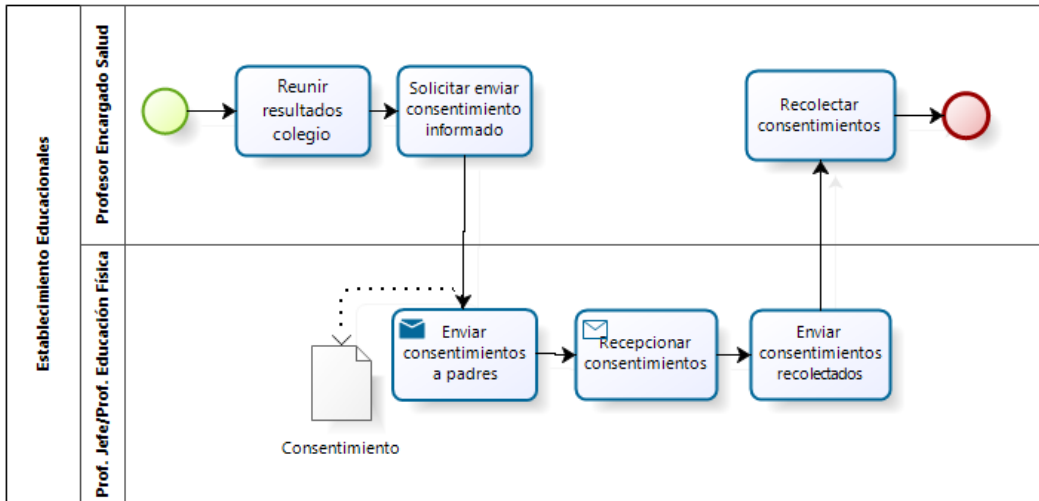


Proceso de Jornada de Inicio para Establecimientos Educativos



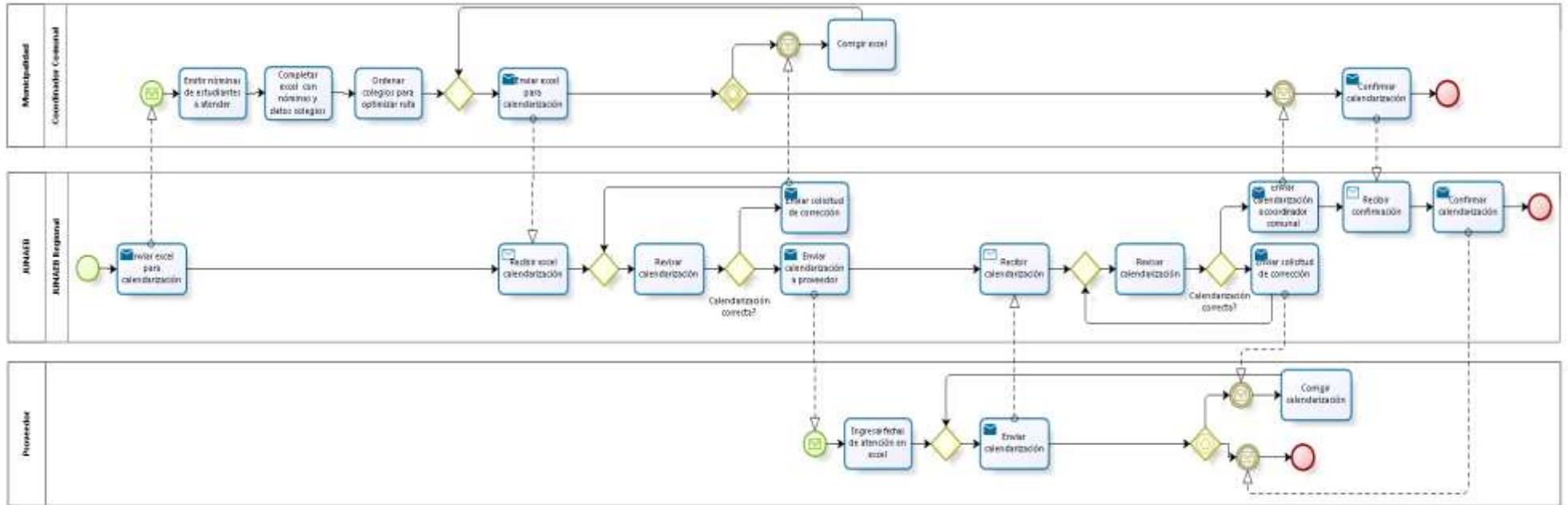
Anexo M: Subprocesos Levantamiento de Necesidades.

Gestionar Consentimientos informados.

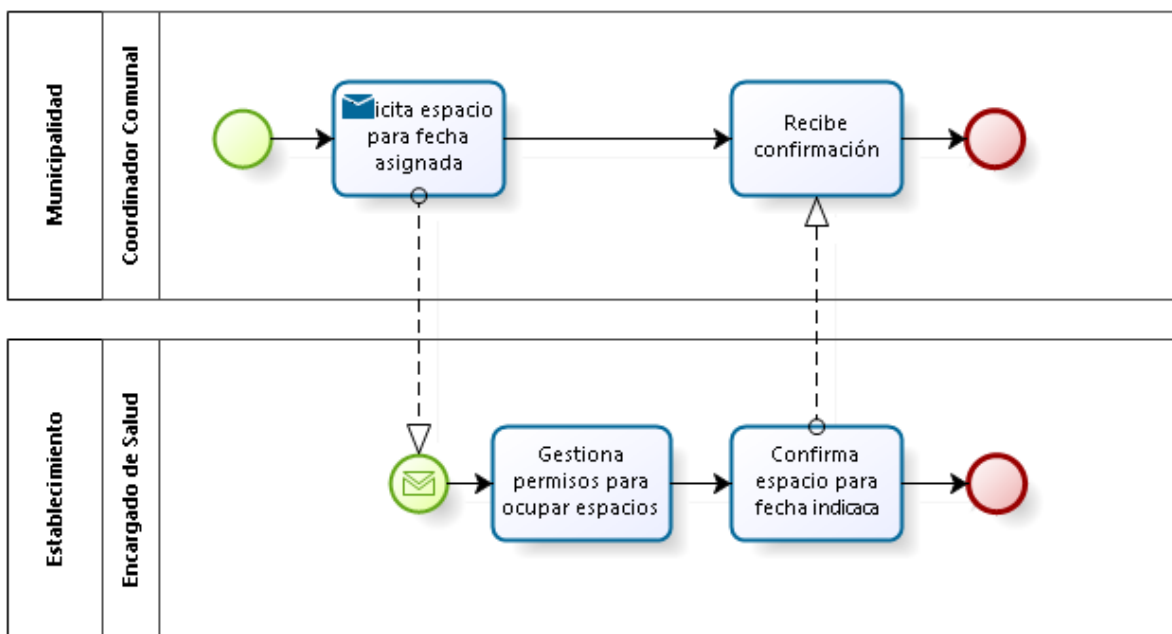


Anexo N: Subproceso de Pre-diagnóstico/ Screening

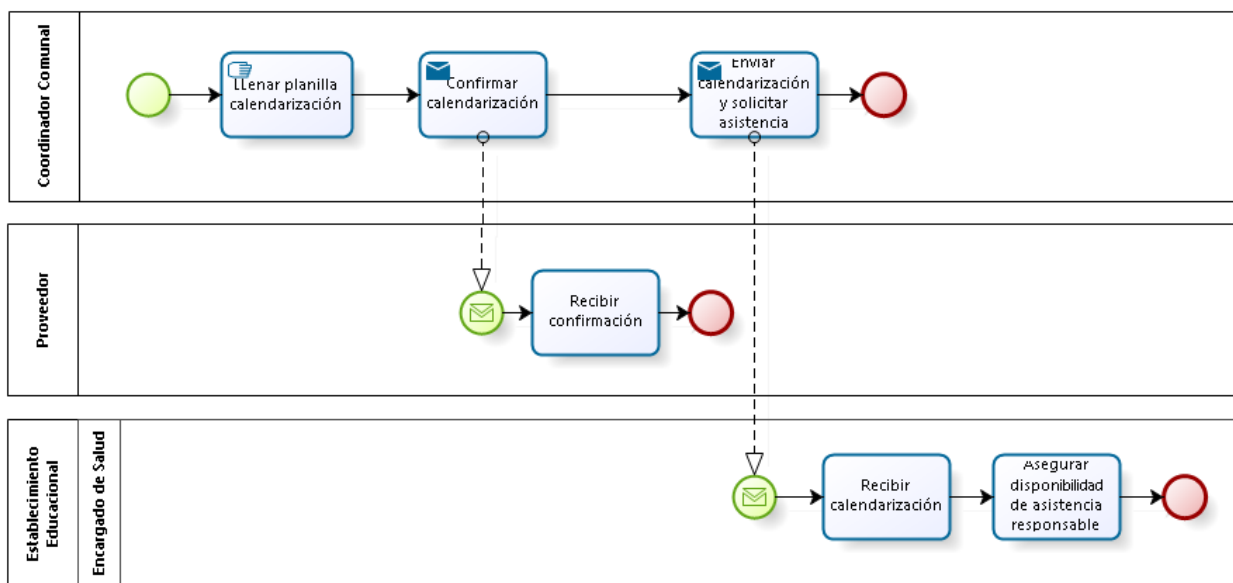
Coordinación Calendarización



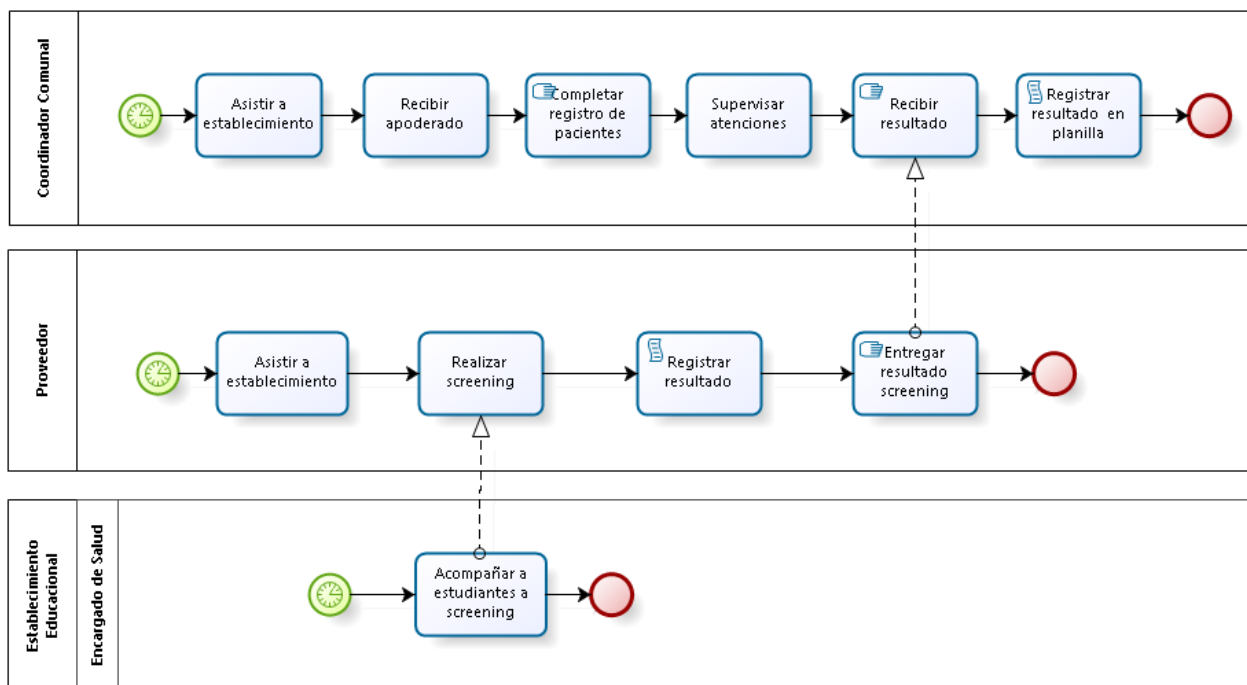
Coordinar Espacios.



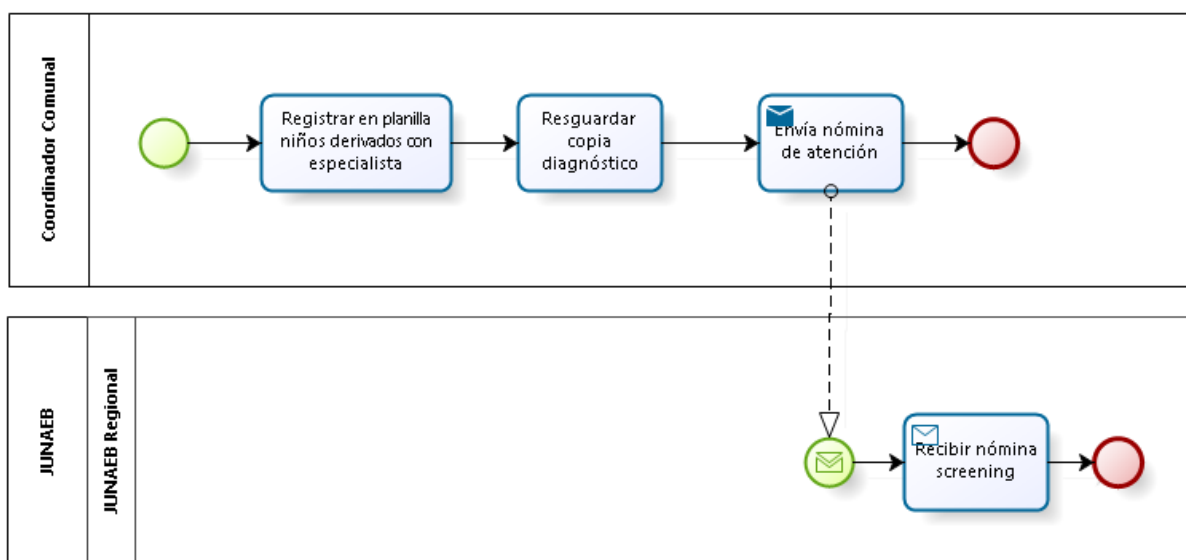
Confirmar Calendarización



Screening

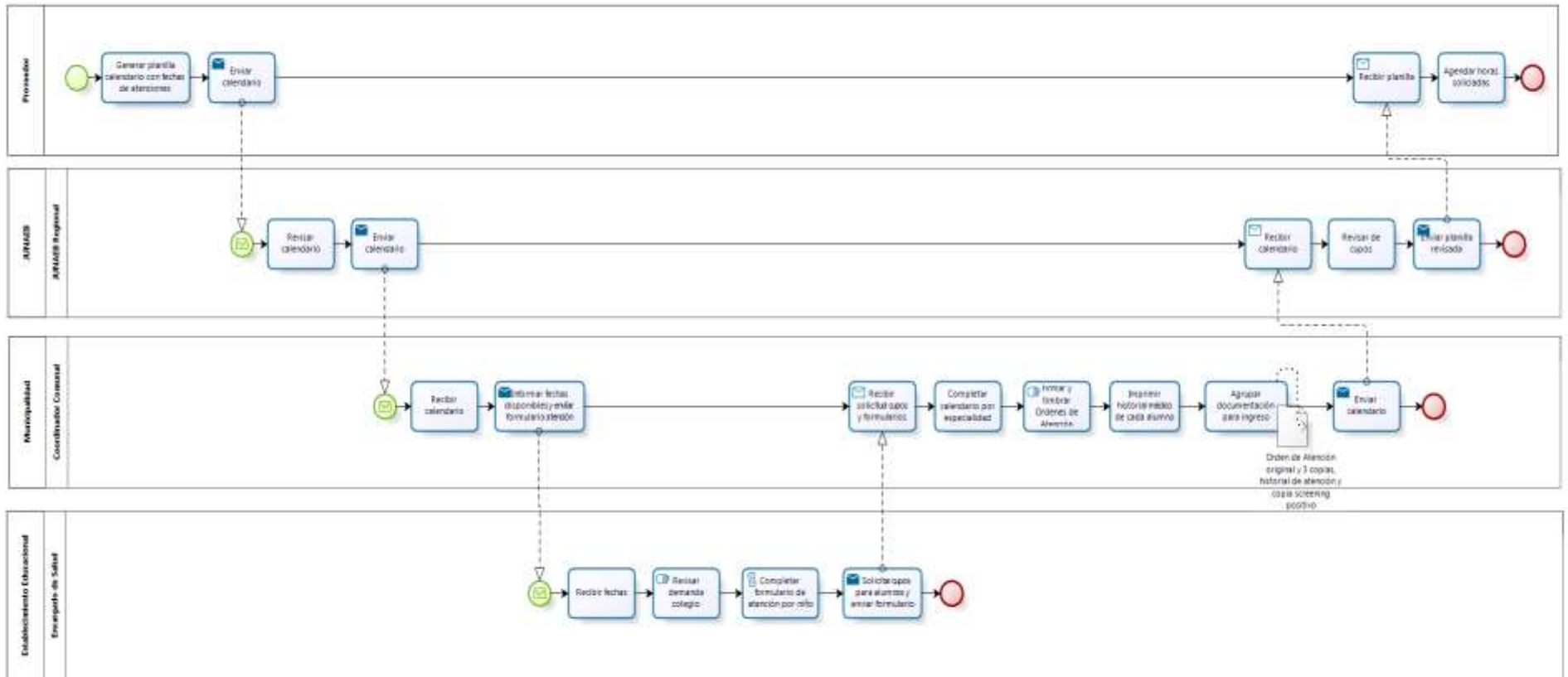


Derivar a especialistas

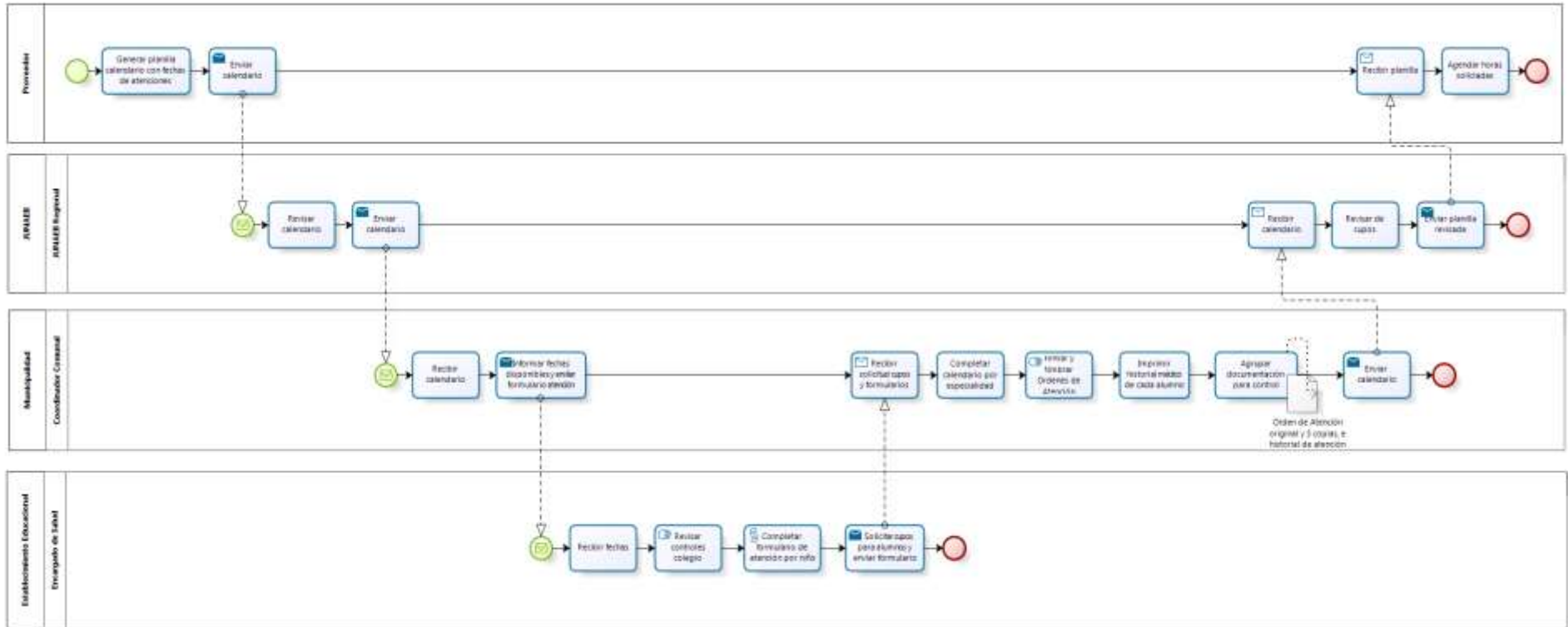


Anexo O: Sub-procesos de Diagnóstico y tratamiento

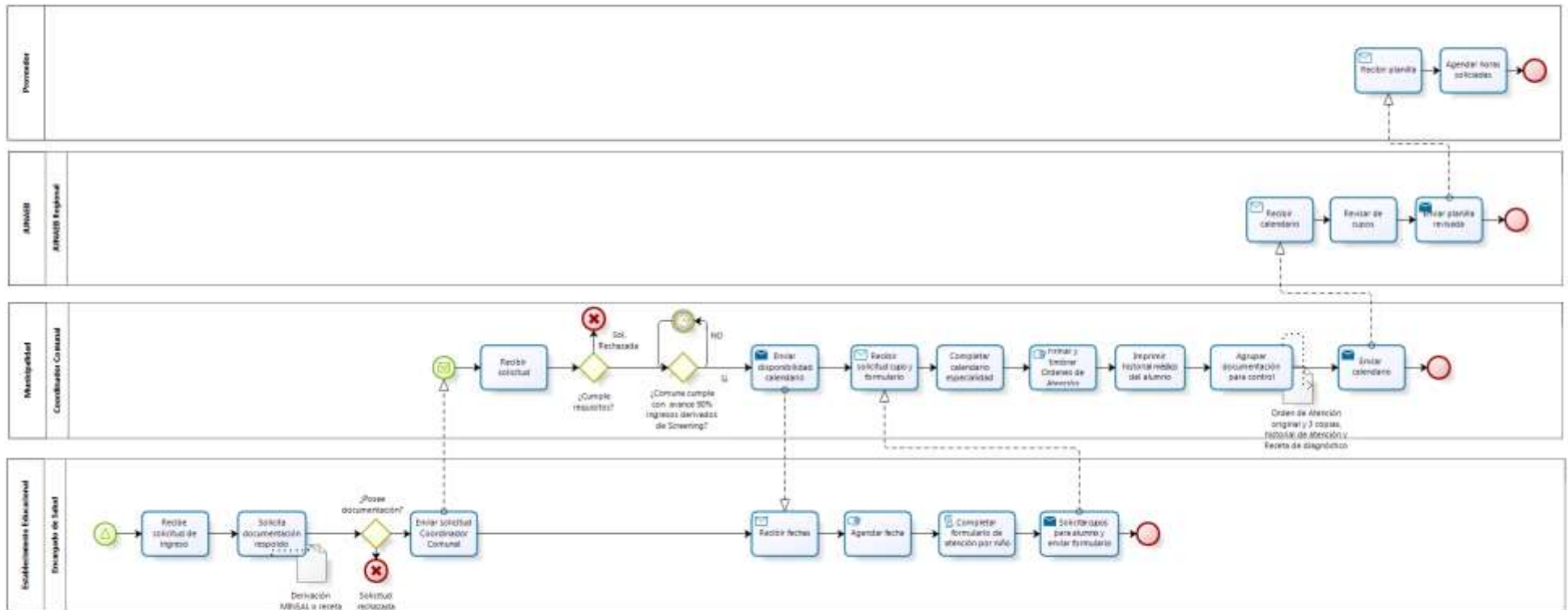
Realizar Ingreso



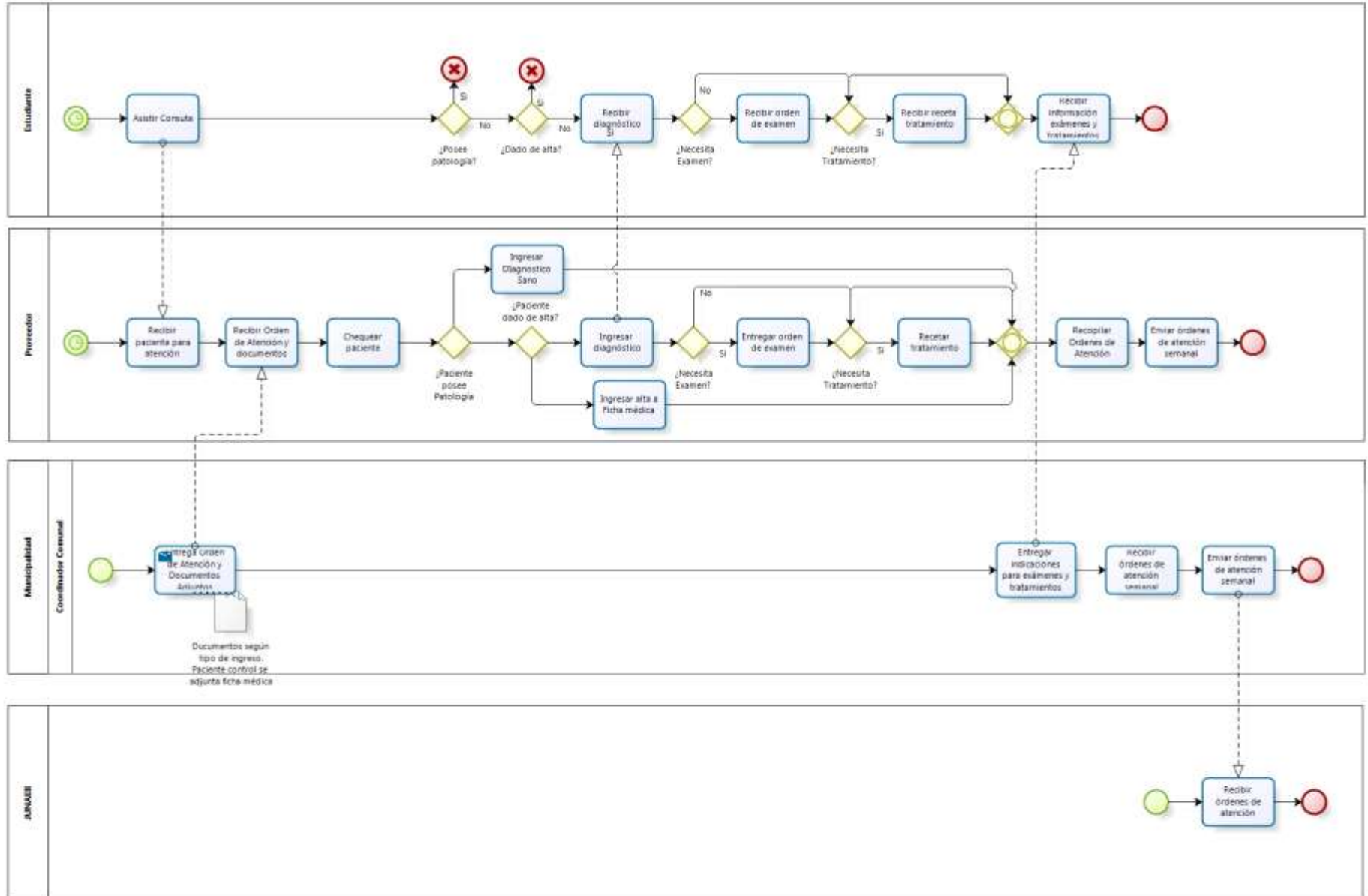
Realizar Control



Ingreso Directo



Realizar atención especialista



Anexo P: Indicadores de gestión del Programa de Servicios Médicos

1) OFTALMOLOGÍA

N°	Tipo	Indicador	Estándar
1.	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños de 1° básico pesquisados por el profesor en relación a matrícula con INA de 1o básico.	10-12%
2.	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños de 1° básico pesquisados que fueron atendidos por screening.	90-100%
3.	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños de 6° básico pesquisados, que fueron atendidos por screening.	90-100%
4.	Acceso a los servicios	Focalización en oftalmología a nivel de pesquisa.	>=95%
5.	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños de 1° básico atendidos por screening de barrido en relación a la matrícula INA 1o Básico.	15-20%
6.	Acceso a los servicios	Focalización a nivel de screening	>=95%
7.	Acceso a los servicios	Focalización a nivel de especialista	>=70%
8.	Oportunidad	Latencia entre la fecha de la pesquisa y la atención médica de ingreso. (Dato extraído del sistema de reportes)	<=3 Meses
9.	Oportunidad	Latencia entre la indicación del lente óptico (orden de compra) y la entrega al estudiante.(se extrae de la plataforma de lentes)	<=45 Días
10.	Eficacia	Porcentaje de falsos positivos totales (a nivel de especialista).	<=15%
11.	Eficacia	Porcentaje de niños 1° básico derivados por screening y atendidos por médico.	90-100%
12.	Eficacia	Porcentaje de falsos positivos del screening (evalúa pesquisa del profesor).	<=70%
13.	Eficacia	Porcentaje de niños de 6o básico vistos por screening que fueron atendidos por especialista.	90-100%
14.	Eficacia	Porcentaje de niños con vicio de refracción en 1 básico	5.5-6.5%
15.	Eficacia	Porcentaje de niños atendidos en ingreso	95-105%

16.	Eficacia	Porcentaje de niños atendidos en controles	90-105%
17.	Satisfacción Usuaria	Porcentaje de satisfacción usuaria general en atenciones oftalmología. Se extrae de Encuesta ABMODIFICADA preguntas c,d,e.g,i respuestas positivas/5	>=90%

2) ORTOPEDIA

N°	Tipo	Indicador	Estándar
1.	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños pesquisados con problemas de columna de 7° básico.	07-10%
2.	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños de 7° básico pesquisados, que fueron atendidos por screening.	90-100%
3.	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños pesquisados de los cursos focalizados según orientación (7° básico).	>=95%
4.	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños de 7° básico que fueron atendidos por screening de barrido, en relación matrícula de 7° según INA	>=25%
5.	Acceso a los servicios	Focalización a nivel de screening.	>=95%
6.	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños focalizados a nivel de especialista.	90-100%
7.	Eficacia	Porcentaje de falsos positivos totales (a nivel de especialista).	<=20%
8.	Eficacia	Porcentaje de niños en 7° básico con escoliosis.	2-3.5%
9.	Eficacia	Porcentaje de falsos positivos del screening (evalúa pesquisa del profesor).	<=70%
10.	Eficacia	Porcentaje de niños atendidos en ingreso.	95-105%
11.	Eficacia	Porcentaje de niños atendidos en controles.	90-105%
12.	Oportunidad	Porcentaje de niños atendidos por especialista regional a los 3 meses de haber sido pesquisado por el profesor.	>=80%
13.	Oportunidad	Tiempo de latencia entre la indicación de corsé y la entrega efectiva al niño. (Dato que se construye en región)	<=30 Días

14.	Satisfacción Usuaria	Porcentaje de satisfacción usuaria general en atenciones de columna. Se extrae de Encuesta ABMODIFICADA pregunta c,d,e.g.i respuestas positivas/5	>=90%
-----	----------------------	---	-------

3) OTORRINO

N°	Tipo	Indicador	Estándar
1.	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños de pre-básica pesquisados, que fueron atendidos por screening.	90-100%
2	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños de 1o básico con posible pérdida auditiva según encuesta para padres.	5%
3.	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños 1° básico pesquisados que fueron atendidos por screening.	90-100%
4.	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños con indicación de audífono que reciben el audífono durante el año.	90-100%
5.	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños pesquisados de los cursos focalizados según orientación (pk-k-1)	>=95%
6.	Acceso a los servicios	Porcentaje de niños de pre básica con emisor otoacústico al screening de barrido Indicador	100%
7.	Acceso a los servicios	Focalización a nivel de screening	>=95%
8.	Acceso a los servicios	Focalización en especialista	>=90%
9.	Oportunidad	Tiempo de latencia entre pesquisa en la escuela y atención médica ORL. (dato se extrae del sistema de reportes)	<=3 Meses
10.	Oportunidad	Tiempo de latencia entre la solicitud de los padres a Junaeb (orden de compra) del audífono con todos los papeles y la entrega efectiva al niño.	<=40 Días
11.	Eficacia	Porcentaje de falsos positivos totales (a nivel de especialista).	<=30%
12.	Eficacia	Porcentaje de niños 1° básico derivados por screening y atendidos por médico.	90-100%
13.	Eficacia	Porcentaje de falsos positivos a nivel de screening (que evalúa pesquisa de profesor).	<=70%

14.	Eficacia	Porcentaje de niños atendidos en ingreso	95-105%
15.	Eficacia	Porcentaje de niños atendidos en controles	90-105%
16.	Eficacia	Porcentaje de niños con hipoacusia en primero básico	2.5-3%
17.	Satisfacción Usuaría	Porcentaje de satisfacción usuaria general en atenciones de otorrino. Se extrae de Encuesta ABMODIFICADA c,d,e.g.i respuestas positivas/5	$\geq 90\%$