

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES (EPG)

# INFORME FINAL PROGRAMA SERVICIOS MÉDICOS

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN**  
**Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas**

PANELISTAS:  
Enrique Saint Pierre Cortés (Coordinador)  
Daniela Sugg Herrera  
Mario Parada Lezcano

Noviembre 2024-Junio 2025



## **EVALUACIÓN DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES: INFORME FINAL SERVICIOS MÉDICOS.**

La evaluación presentada en este informe fue elaborada por un Panel de Evaluación integrado por profesionales externos/as e independientes seleccionados/as. Los juicios evaluativos y recomendaciones aquí contenidas pertenecen a los y las autores/as y no necesariamente son compartidas por la Dirección de Presupuestos ni el Ministerio de Hacienda.

Este documento se encuentra disponible en la página web de la Dirección de Presupuestos: <https://www.dipres.gob.cl/>

Fecha de publicación: Septiembre, 2025.

## TABLA DE CONTENIDOS

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA .....	4
1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA .....	4
2. CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO .....	9
3. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS .....	11
II. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA .....	14
1. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DEL PROGRAMA .....	14
2. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA .....	22
3. DESEMPEÑO DEL PROGRAMA: EFICACIA Y CALIDAD .....	27
3.1. EFICACIA A NIVEL DE COMPONENTES (PRODUCCIÓN DE BIENES O SERVICIOS) .....	27
3.2. COBERTURA DEL PROGRAMA (POR COMPONENTES EN LOS CASOS QUE CORRESPONDA) .....	31
3.3. EFICACIA A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES (CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE PROPÓSITO Y FIN). .....	35
3.4. CALIDAD .....	35
4. ECONOMÍA .....	40
4.1. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS .....	40
4.2. FUENTES Y USO DE RECURSOS FINANCIEROS.....	43
4.3. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL PROGRAMA .....	44
4.4. APORTES DE TERCEROS .....	45
4.5. RECUPERACIÓN DE GASTOS.....	46
5. EFICIENCIA .....	46
5.1. A NIVEL DE ACTIVIDADES Y/O COMPONENTES .....	46

5.2. A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES.....	52
5.3. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN .....	53
III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
1. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL.....	55
2. RECOMENDACIONES .....	60
IV. BIBLIOGRAFÍA (INFORME Y ANEXOS) .....	65
ANEXO 1: REPORTE SOBRE EL ESTADO Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EVALUAR EL PROGRAMA.....	71
ANEXO 2(A): MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.....	93
ANEXO 2(B): MEDICIÓN DE INDICADORES MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA, PERÍODO 2021-2024 .....	97
ANEXO 2(C): ANÁLISIS DE DISEÑO DEL PROGRAMA.....	98
ANEXO 2(D): MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PROPUESTA POR EL PANEL .....	101
ANEXO 3: PROCESOS DE PRODUCCIÓN Y ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA .....	111
A. PROCESO DE PRODUCCIÓN DE CADA UNO DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS (COMPONENTES) QUE ENTREGA EL PROGRAMA.....	111
B. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN AL INTERIOR DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE Y CON OTRAS INSTITUCIONES.....	125
C. CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS, MECANISMOS DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS Y MODALIDAD DE PAGO .....	135
D. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN QUE REALIZA LA UNIDAD RESPONSABLE .....	145
ANEXO 4: FICHA DE PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE GASTOS .....	158
ANEXO 5: ANTECEDENTES DETALLADOS DEL DISEÑO .....	168
ANEXO 6. MARCOS TEÓRICOS DEL PROGRAMA .....	189
ANEXO 8. SOLICITUD ANEXA PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN CUALITATIVA POR PARTE DEL PANEL ..	209

## INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

### 1. Descripción general del programa

<b>Nombre del programa</b>	Servicios Médicos (Asistencia Médica Prebásica, Básica y Media)
<b>Año de inicio</b>	1992
<b>Ministerio responsable</b>	Ministerio de Educación
<b>Servicio responsable</b>	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas JUNAEB. Departamento de Salud. Programa Servicios Médicos.
<b>Objetivo estratégico del Mineduc al cual se vincula el programa</b>	Aportar al desarrollo de entornos escolares protectores de niños, niñas y adolescentes mediante la implementación del Programa Habilidades para la Vida y otros Programas de Salud Escolar en establecimientos educacionales adscritos a los programas.
<b>Tiempo de intervención:</b>	Catorce años como máximo (de los 4 a los 18 años).
<b>Criterios de egreso:</b>	Egresan del programa aquellos estudiantes que se le da el alta médica o egresan de 4° medio.

El programa consiste en una oferta de salud pública nacional inserta en el ámbito de educación que busca contribuir a mejorar las condiciones de salud visual, auditiva y postural de estudiantes de establecimientos municipales y particulares subvencionados (en adelante establecimientos con aporte estatal), a través de acciones de promoción, detección precoz, atención y tratamiento médico especializado, para resolver problemas de salud para atenuar desigualdades, y contribuir a la permanencia e integración del escolar al proceso educativo y favorecer su trayectoria educativa<sup>1</sup>. Se enmarca en la línea de desarrollo de Junaeb denominada Salud Escolar, que se lleva adelante a través de varios programas: Habilidades para la vida; Escuelas Saludables para el Aprendizaje; Salud Oral y, un en momento del tiempo, contempló Programa de Obesidad en escolares (Anexo 3). Está vinculado a la Política de Niñez y Adolescencia 2015-2025 porque promueve la salud integral de niñas, niños y adolescentes y es parte de la oferta programática de salud, la cual es otorgada por Ministerio de Salud (Minsal), Servicio Nacional de Discapacidad (Senadis), entre otros

El programa interviene en tres patologías priorizadas desde el origen del programa, las cuales no han sido modificados en más de 40 años: problemas de visión, audición y postura (columna). De acuerdo con las indicaciones de especialistas sustentadas en las orientaciones técnicas, la detección de esas patologías se realiza en los siguientes cursos: i) Oftalmología: Nivel Transición 1 (NT1), NT2, 1° y 6° Básico; ii) Otorrinología: NT1, NT2 y 1°Básico; iii) Traumatología: 7°Básico.

---

<sup>1</sup> Se entiende por trayectorias educativas a los recorridos que realizan las personas (niñas, niños, jóvenes y adultos) en el sistema educativo desde el nivel parvulario hasta el nivel educación media. Estas trayectorias pueden ser teóricas, es decir, que siguen el esquema esperado de manera continua; o reales, considerando las repitencias, discontinuidades e interrupciones al esquema teórico. Estos recorridos, por tanto, no son únicos ni lineales, existiendo las Trayectorias Educativas Teóricas (TET) y las Trayectorias Educativas Reales (TER) (Mineduc, 2024a). La no continuidad e interrupción se presenta cuando un/a estudiante deja de asistir o se aleja del sistema educativo, es un recorrido no lineal, con interrupciones por desempeño escolar (repitencias) o situaciones contextuales que provocan deserción o abandono temporal. La interrupción de trayectorias educativas es un fenómeno complejo, paulatino y con múltiples factores, los cuales se manifiestan de distinta forma e inciden de diferente manera en cada uno/a de los que se encuentran fuera del sistema escolar. Se estima que entre 139 y 358 mil jóvenes de entre seis y 21 años se encuentran fuera del sistema escolar chileno (Romo, Javiera y Cumsille, Patricio. 2020).

La adscripción al programa es voluntaria y anual por parte de los establecimientos, a través de un instrumento denominado INA (Informe de necesidades de Atención) que permite planificar los recursos anuales<sup>2</sup>. Este proceso de inscripción se realiza entre marzo y abril de cada año, para que pueda anclarse al ciclo de ejecución del programa. No existe en sí un proceso de llamado, ya que surge como resultado del trabajo entre las comunidades educativas<sup>3</sup> y Junaeb durante el año calendario. En 2023 accedieron el 99,7% (4.399) de los establecimientos municipales, el 52% (2.853) de los colegios particulares subvencionados y el 1,2% (8) de establecimientos de los Servicios Locales de Educación Pública (SLEP), es decir el 68,9% (7.260) del potencial. Hay dos comunas que no tienen establecimientos adscritos (Juan Fernández y Antártica Chilena).

A nivel de Fin, el programa busca “Contribuir a que Estudiantes con problemas de salud priorizados, matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado continúen estudios en igualdad de oportunidades.”; mientras, el propósito es “Estudiantes preescolares y escolares matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado mejoran sus condiciones de salud visual, auditiva y postural.”

Durante el periodo de evaluación y en base a la restricciones presupuestarias se ha priorizado en la programación la continuidad de tratamiento de estudiantes que son parte del programa, por lo cual son atendidos en primeras instancias quienes se encuentren adscritos y tengan indicación de control anual, posteriormente se atienden estudiantes nuevos con ratificación de necesidad de atención por tamizaje o confirmación de la atención primaria de salud (APS), atendiendo coberturas asignadas por región, comuna, establecimiento en base a disponibilidad de recursos<sup>4</sup>.

Por una parte, dado que la adscripción de los establecimientos al programa es voluntaria existe población potencial postergada que son “Estudiantes matriculados en establecimientos educacionales financiados por el Estado de 1° básico a 4° medio NO adscritos al programa que presenten necesidad de atención médica en las tres especialidades y patologías cubiertas por el programa”. Por otra parte, existe población objetivo postergada durante el periodo de evaluación, por motivos que serán analizados en la evaluación.

El diseño de la intervención recoge la evidencia y orientaciones que la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS / OMS) han proporcionado en torno a programas de salud escolar, desarrollando de manera integrada los componentes de educación y promoción de salud, detección precoz, atención especializada, monitoreo y vigilancia, incorporando además de un enfoque de trabajo en redes y alianzas intersectoriales: ***“A la luz del creciente número de niños y adolescentes con errores de refracción, la atención ocular escolar de alta calidad y eficaz en función del costo, vinculada a la prestación de servicios, reviste la máxima importancia. Ello exige cooperación entre los ministerios de salud y educación, junto con un plan nacional de atención ocular que incluya la salud ocular en las escuelas. Aunque hay algunos ejemplos de intervenciones efectivas de atención ocular realizadas a través de otros servicios de salud, hasta la fecha el progreso ha sido lento en el sector de la atención ocular, lo que puede deberse a una desconexión con el resto del sistema de salud”*** (OMS, 2000p86).

Las casi cuatro décadas de implementación del programa han demostrado que la solución de los problemas de salud vinculados a la escuela requiere de la participación de profesionales más allá del ámbito de salud, siendo necesaria la

---

<sup>2</sup> Para estar adscritos los establecimientos solo deben remitir el INA a la JUNAEB, no existiendo más requisitos para su aceptación.

<sup>3</sup> Se entiende por comunidad educativa al conjunto de personas, grupos de personas (Centros de padres y apoderados, de estudiantes, etc.) e instituciones (sostenedores, donantes, etc.) que participan en el proceso educativo en un establecimiento o conjunto de establecimientos educacionales. Las personas o individuos/as considerados/as son estudiantes, docentes, padres y madres, personal administrativo, egresados/as, y otros actores.

<sup>4</sup> El programa contempla ingresos de estudiantes por demanda espontánea, vale decir aquellos/as de cursos no considerados en el diseño o de establecimientos no adscritos, la que se atiende cuando se cuenta con recursos disponibles para ello.

incorporación de otros sectores (salud y desarrollo social) y alianzas que son las que buscan realizar un aporte, revitalizando el trabajo conjunto entre salud y educación<sup>5</sup>. Todas las enfermedades que aborda el Programa son de tipo silencioso, es decir generan síntomas y signos en las etapas más tardías, de tal forma que el/la estudiante no sabe ni se da cuenta que las padece, de ahí la importancia de detectarlas, tratarlas tempranamente y monitorear su evolución.

En la detección precoz el rol del profesor/a y educadora de párvulos es central. El programa señala que una buena salud visual, auditiva y postural, ayudan significativamente para que los aprendizajes al interior de la sala de clases se desarrollen con éxito. En esta tarea, el profesor es un actor clave y, con una adecuada capacitación y manejo del Programa, puede hacer la diferencia en la calidad de vida de un estudiante, su trayectoria educativa y desarrollo. Y señala que el programa requiere, para el logro de sus objetivos, al profesorado en las siguientes acciones (Junaeb, 2017c): **Realización de la pesquisa anual para identificación de estudiantes con problemas visuales, auditivos y de columna**; Ingreso de los datos al sistema informático Junaeb; Información a los padres, madres y apoderados sobre los derechos y deberes frente a estos beneficios; Incentivar la asistencia a las atenciones y controles médicos; Apoyar el uso de los tratamientos especialmente en sala de clases; Solicitar ayuda y capacitación a Junaeb cuando lo requieran; y, Mantener el sistema de registro de estudiantes con tratamiento actualizado.

Los componentes del programa son:

#### **Componente 1: Promoción de salud**<sup>6</sup>

Fortalecer la educación, participación, conocimiento y adhesión del programa en beneficiarios de tipo intermedio (actores de las comunas, establecimientos educacionales y comunidades educativas), y en beneficiarios directos, que son los/as estudiantes de establecimientos adscritos al programa, a través de un conjunto de actividades y estrategias, ejecutadas por los coordinadores de salud de establecimientos y comunas, personal de Junaeb y en algunas ocasiones personal contratado para estos efectos. Estas actividades son las siguientes: capacitación en competencias en autocuidado; educación de conductas saludables; educación en autocuidado de la salud visual y auditiva, y prevención de malos hábitos posturales; realización de campañas comunicacionales. Es un componente relevante, ya que se sustenta en los marcos teóricos del programa que incluyen los derechos de los niños<sup>7</sup> (Anexo 6) y sostiene el grado de compromiso, responsabilidad, logro y sentido de pertenencia con el mismo<sup>8</sup>.

#### **Componente 2: Detección precoz**<sup>9</sup>

El objetivo de este componente es evaluar a estudiantes confirmando o descartando la presencia de alteraciones de salud (visual, auditiva y postural). Se desarrolla en dos etapas: **pesquisa** realizada por el profesor/a o educadora de párvulo capacitado/a<sup>10</sup>; **tamizaje** realizado por profesionales contratados/as por el programa a través de licitaciones públicas (tecnólogos/as médicos (TM) con mención en oftalmología, fonoaudiólogos/as (FNA) y/o TM con mención en otorrino y kinesiólogos/as (KNG)).

---

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> El nombre previo a esta evaluación era "Participación y educación". El panel propuso el cambio de nombre que fue aceptado, sustentándose en la existencia de actividades de gestión para la realización de los otros componentes y porque es una nomenclatura que está a la base de la estrategia (ver Junaeb (2024a, p25)).

<sup>7</sup> Naciones Unidas (1990).

<sup>8</sup> Este componente no se ha ejecutado por restricciones presupuestarias desde 2021.

<sup>9</sup> El nombre previo a esta evaluación era "Prevención (Screening)". El panel propuso el cambio de nombre que fue aceptado, sustentándose en que el término en castellano es más apropiado y que la detección es solo un tipo de prevención, ya que existen otras estrategias de prevención.

<sup>10</sup> El programa señaló para 2024, atendiendo a la disponibilidad presupuestaria, la acción de pesquisa podría quedar suspendida, priorizando dar soporte y resolución al tamizaje e ingresos del año 2023.

La pesquisa es la etapa donde se sospecha de alteración, y consiste en evaluaciones realizadas entre los meses de marzo y mayo, a todo su curso de acuerdo a lo definido las orientaciones técnicas. Los/as estudiantes con sospecha de alteración son derivados/as a la siguiente etapa. El tamizaje son evaluaciones realizadas por profesionales del área de la salud en dependencias educacionales comunales. Se confirma o descarta la sospecha de las alteraciones de salud derivadas por los/as pesquisadores, de acuerdo con la normativa técnica aprobada para cada una de las especialidades<sup>11</sup>.

### **Componente 3: Atención médica especializada**

Su objetivo es atender y controlar la patología durante la trayectoria educativa del estudiante en las especialidades de oftalmología, otorrinología y traumatología. Es ejecutado por médico/a especialista en cada área contratados vía licitaciones públicas, para primeramente confirmar o descartar el diagnóstico realizado en el tamizaje, para dar las indicaciones de tratamiento y para controlar la patología durante la trayectoria académica del estudiante, o bien, hasta que determine el alta<sup>12</sup>. Se realiza en las instalaciones comunales dispuestas y acondicionadas para ello (establecimientos educacionales, box de centros de salud u otras instalaciones de fácil acceso que permita entregar una adecuada atención médica) o en consultas particulares según previo acuerdo entre la Coordinación Regional de Junaeb, encargado(a) comunal y prestador médico/a.

### **Componente 4: Tratamiento médico <sup>13</sup>**

Su objetivo es entregar tratamiento médico a los problemas de salud indicado por especialistas médicos/as. Contempla la entrega de tratamientos y servicios de apoyo, una serie de prestaciones compradas regional y centralizadamente, con Bases Técnicas y Administrativas (BBTA), que incorporan el modelo de intervención programática, los requerimientos de seguimiento, información y normativa técnica vigente y en concordancia con los protocolos instruidos por el Minsal<sup>14</sup>.

El programa explicita un modelo de intervención que incluye todos los componentes ya señalados. El esquema siguiente muestra una síntesis del modelo de intervención del programa.

---

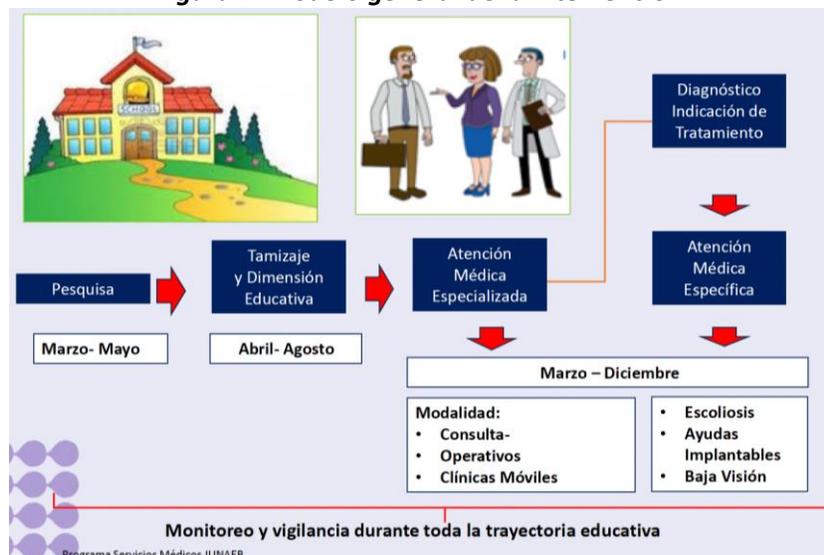
<sup>11</sup> Junaeb (2017a). Normas de Control de Patologías Oftalmológicas 2017. (2017b). Normas de Control de Patologías de Otorrinolaringología 2017. Junaeb y Sociedad Chilena de Traumatología y Traumatología (2007). Normas de control de patologías ortopédicas. Programa Salud del Estudiante.

<sup>12</sup> Las atenciones de ingreso corresponden a todas aquellas realizadas por primera vez (después del tamizaje). En tanto, los controles se realizan a estudiantes ya ingresados/as (Anexo 3).

<sup>13</sup> El nombre previo a esta evaluación era "Entrega de tratamiento". El panel propuso el cambio de nombre que fue aceptado, para mantener el estilo de los componentes anteriores y agregando el genérico "médico" que engloba todas las acciones que se realizan por indicación médica.

<sup>14</sup> Mineduc y Minsal (SI). Protocolo de coordinación MINSAL JUNAEB para la atención de salud escolar en establecimientos de educacionales. Control de salud infantil 5 - 9 años. Control de salud joven sano 10 - 19 años.

**Figura 1. Modelo general de la intervención.**



Fuente: Programa

### Contexto de política y normativa en la que se encuentra inserto el programa

El programa contribuye a la misión de la Junaeb ya que soluciona la desventaja biológica, lo cual favorece la retención y éxito del estudiante o en el sistema educacional<sup>15</sup>. A su vez, aporta al logro del Objetivo Estratégico institucional: Aportar al desarrollo de entornos escolares protectores de niños, niñas y adolescentes mediante la implementación del Programa Habilidades para la Vida y otros Programas de Salud Escolar; en establecimientos educacionales adscritos a los programas<sup>16</sup>.

Actualmente el programa se enmarca en la Política del Mineduc de Reactivación Educativa Integral “Seamos Comunidad”<sup>17</sup>, específicamente con el eje de Revinculación y Garantía de Trayectorias Educativas<sup>18</sup>. El programa cuenta con un marco normativo que lo regula directamente<sup>19</sup>.

<sup>15</sup> La misión definida para Junaeb es “Contribuir a la permanencia de niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas en el sistema educativo, mediante la implementación de programas y la entrega de bienes y servicios que apoyen el proceso educativo y la igualdad de oportunidades ante la educación” (Junaeb (2023). Planificación Estratégica 2024 – 2025).

<sup>16</sup> Tomados desde la ficha de identificación año 2023-2026 definiciones estratégicas, de la Dipres.

<sup>17</sup> Documento que señala ejes de desarrollo que responden a los efectos que la pandemia provocó en las comunidades educativas y sus integrantes. Por otra parte, señala que el actual contexto es también una oportunidad para avanzar en las transformaciones profundas que el sistema educativo requiere para lograr un cambio de paradigma educativo y avanzar hacia la justicia educativa que el Gobierno liderado por el presidente Gabriel Boric se ha propuesto. (Mineduc, 2022).

<sup>18</sup> Este eje se propone garantizar integralmente las trayectorias educativas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, implementando un sistema de garantía de la continuidad y trayectoria educativa integral, con expresión nacional, regional, territorial y en cada centro educativo. Se pone especial énfasis en el acceso, revinculación, retención y acompañamiento para la finalización de estudios de aquellos niños, niñas y adolescentes excluidos de la educación formal o en potencial interrupción de su trayectoria educativa.

<sup>19</sup> Ley N°15.720 que crea la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas; Decreto Supremo N°5311, de 1968, del Ministerio de Educación que contiene el Reglamento General de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas; Decreto Ley N°180, de 1973, que declara en reorganización la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas; Decreto Supremo N°5, de 2018, del Ministerio de Educación que nombra en calidad de titular al secretario general de Junaeb; Resolución N°7 de 26 de marzo del 2019 que fija normas sobre exención del Trámite de Toma de Razón; Ley de Presupuestos del año en curso y sus modificaciones; Programa Asistencia Médica Parvularia, Básica y Media (Partida 09, Capítulo 09, Programa 02, Subtítulo 24, Ítem 03, Asignación 168, Glosa N.º 04) ; Normas de Control de Patologías de Otorrinolaringología 2017; Normas de Control de Patologías Oftalmológicas 2017; Manual de Gestión de Coordinadores Comunales 2009; Normas de Control de Patologías Ortopédicas 2007; Manual de Salud Escolar; Orientaciones Técnico-Programáticas año 2024; Protocolo Minsal Junaeb Control de Salud Infantil y Control Salud Joven Sano; Resolución Exenta N.º: Dn-01640/2024, establece nueva estructura del Departamento de Bienestar Estudiantil y crea el Subdepartamento de Salud Estudiantil, Junaeb.

Su diseño de intervención promueve el trabajo en red inter y multisectorial a lo largo de todo el país, formada por instituciones de salud pública y prestadores privados, otros organismos estatales, no gubernamentales, comunales, asociaciones de profesionales, universidades, entre otros.

El programa se organiza en niveles de gestión nacional, regional y comunal necesarios para el desarrollo y ejecución de los componentes. A nivel central se toman las decisiones de orientaciones, normas y realiza control de la gestión de las acciones territoriales. También es su función mantener la motivación, claridad y rendición de cuentas del programa. Las direcciones regionales son encargados de ejecutar el programa, pueden tomar decisiones puntuales relativas a la implementación. Las coordinaciones provinciales y comunales están encargadas de organizar el territorio y mantener a la comunidad y a los diferentes actores incentivados a la participación en el programa. Las escuelas son el corazón del programa y sus docentes, sin su acción el programa no podría ser ejecutado o de serlo sería a un costo que el sistema de salud no podría enfrentar (Anexo 3).

## 2. Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo

La población potencial se define como “la población que presenta una necesidad o problema público, identificado y definido como tal por una política diseñada para abordarlo”<sup>20</sup>. El Programa define su población potencial como: “Estudiantes matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado.” Sin embargo, para ajustarse a la definición entregada anteriormente, el Panel indica que la población potencial debería definirse como:

*Estudiantes matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado que presenten disminución de agudeza visual, disminución de capacidad auditiva o escoliosis y dorso curvo.*

Para cuantificar la población potencial se debe recurrir a las prevalencias de cada una de estas patologías. El siguiente cuadro calcula la población potencial por categoría utilizando los valores de prevalencia reportados en las Orientaciones Técnico-Programáticas del programa para el año 2024.

**Cuadro 1: Población que presenta necesidad por patología**

	Prevalencia (1)	2021	2022	2023	2024
Total estudiantes (2)		3.308.482	3.309.719	3.292.487	3.242.614
Visual	7,7%	254.753	254.848	253.521	249.681
Auditiva	0,3%	9.925	9.929	9.877	9.728
Columna	2,4%	79.404	79.433	79.020	77.823

Fuente: (1) Orientaciones Técnico-Programáticas. Junaeb (2024a); (2) Resúmenes estadísticos de la Educación Oficial (<https://centroestudios.mineduc.cl/publicaciones-ce/publicaciones-estadisticas-2/>)

Dado que algunos estudiantes pueden presentar más de una patología, la población potencial del Programa es menor que la suma de las filas de la tabla anterior. En efecto, la probabilidad de tener al menos una de las patologías señaladas es 10,2%<sup>21</sup>. Al aplicar ese porcentaje al total de estudiantes se obtienen la población potencial señalada en el cuadro 3.

<sup>20</sup> Dipres (2015)

<sup>21</sup> Si p1, p2 y p3 son las respectivas prevalencias, la probabilidad de tener al menos una patología es  $p1+p2+p3-p1p2-p1p3-p2p3+p1p2p3$

La población objetivo se define como:

*Estudiantes matriculados en establecimientos educacionales financiados por el Estado adscritos al Programa de Servicios Médicos (Salud Escolar), que presenten necesidad de atención médica en las tres especialidades y patologías cubiertas por el Programa.*

La población adscrita se obtuvo de los “Informes de Flujo de Área Asistencial” proporcionados por el Programa y se muestra en el cuadro 2. Para calcular los estudiantes que presentan necesidad se procedió de la misma manera que con la población potencial y el resultado se entrega en el cuadro 3.

**Cuadro 2: Estudiantes en establecimientos adscritos al Programa**

Año	Número de estudiantes
2019	2.470.783
2020	285.241
2021	1.723.265
2022	1.804.129
2023	2.503.115
2024	2.152.263

Fuente: JUNAEB

Cabe señalar que el Programa contiene un componente de Promoción de Salud, para el cual la población objetivo serían todos los estudiantes de las escuelas adscritas. Sin embargo, dado que el objetivo principal y donde se concentra la mayor cantidad de recursos financieros es en los estudiantes con problemas visuales, auditivos y de postura es que se tomaron estos como la población objetivo del Programa. Por otro lado, es importante aclarar que si bien la detección precoz (componente 2, pesquias y tamizajes) se prioriza en determinados cursos, una vez que el estudiante es ingresado continúa recibiendo consultas y tratamiento mientras esté en una escuela adscrita al programa, por lo que la población objetivo contempla todos los niveles.

**Cuadro 3: Población Potencial y Objetivo Período 2021-2024**

Año	Población Potencial según prevalencias	Población Objetivo	Población Objetivo respecto de la Potencial (%)
2021	336.984	175.522	52%
2022	337.110	183.759	55%
2023	335.355	254.954	76%
2024	330.275	219.218	66%
% Variación 2021-2024	-2,0%	24,9%	27,4%

Fuente: Elaboración propia

La población potencial en el periodo en evaluación disminuyó un 2%, mientras que la población objetivo aumentó en un 25%. Esto se debe a un aumento en la adscripción al programa durante el periodo de evaluación y a una baja matrícula de los/las estudiantes en los establecimientos educacionales desde pandemia.

Aunque las bases de datos de beneficiarios están separadas por sexo, el programa no cuenta con desagregación por sexo de la población potencial y objetivo, ya que para ello se requeriría de prevalencia de cada patología separada por sexo.

### 3. Antecedentes presupuestarios

El Programa Servicios Médicos de Junaeb es parte del conjunto de programas de Salud gestionados y ejecutados por la institución. Sus recursos son asignados en la ley de presupuestos del sector público de cada año en la Partida 09 Capítulo 09 Programa 02 Asignación 168 “Asistencia médica parvularia, básica y media” que permite una trazabilidad desde el nivel central exclusiva para el programa. Es asignado a través de subtítulo 24 y su imputación ha variado pasando del ítem 03 (“Otras entidades públicas”) en los años 2021-2022-2023 a 01 (sector privado) en 2024 y por último a 09 (“Unidades o Programas del Servicio”) en 2025, siendo esto último una medida general de imputación para todos aquellos programas que son ejecutados de forma total o parcial por las mismas instituciones.

El presupuesto total del programa es estimado para la presente evaluación, ello porque para que el programa pueda ser ejecutado no solo requiere el aporte de Junaeb sino que también de los recursos que aporten las comunas- específicamente las comunidades educativas- que son esenciales para el funcionamiento del programa, que corresponden a las gestiones de coordinación a nivel comunal y de los mismos establecimientos educacionales. De acuerdo a lo estimado, el aporte desde el sector municipal- fuera del gobierno central y por tanto no identificado en la Ley de Presupuestos, es de más de \$10.000 millones anuales asociado a operación del programa no contempla el gasto administrativo que incurren dichas entidades<sup>22</sup>, representando cerca del 60% de los recursos totales del programa. El análisis respectivo es realizado en la Sección 5 “Economía”.

El presupuesto del programa aportado por el servicio proviene de dos fuentes: i) de la asignación específica al programa “168” y ii) de los recursos que permiten su operación asociados a una estimación realizada en el contexto de esta evaluación del subtítulo 21, 22 y 29, que tiene por objeto dar cuenta del valor de soporte administrativo para la ejecución del programa.

El gasto en administración incurrido por Junaeb pasa de 9,8% del presupuesto del año 2021 a 12,7% en 2025<sup>23</sup>, el cual se estima- por parte del Panel- subestimada por el servicio, ya que no contempla la valorización de las unidades de soporte que son transversales para este programa y otros, por ejemplo equipo de jurídica, planificación, compras, TI, entre otros, y se enfoca a una valorización de la dotación y gasto directamente relacionado de acuerdo con lo señalado e identificado como dotación del programa explicado en Anexo 3.A. Sumado a ello difiere de las estimaciones de gasto en administración reportados en Fichas de Monitoreo y otros reportes como la Cuenta Pública 2023, y ello se debe a que en estos informes se utiliza una estimación proporcional al tamaño presupuestario del programa y no en base a los costos efectivos que se incurren. Las diferentes mediciones reflejan que no se ha establecido un método de costeo de dichos gastos acordado por diversas entidades del Estado que realizan monitorio y seguimiento de los programas. Complementariamente existen diferencia entre los inflatores utilizados, no permitiendo una correcta comparabilidad entre las cifras.

El presupuesto del programa proveniente de la institución indicado en el Cuadro 4 pasa de MM\$9.056 en 2021 a MM\$6.886 en 2025, significando una reducción real de 24% mientras que en el mismo periodo de tiempo el presupuesto de Junaeb se ha incrementado en 18%. La principal rebaja de presupuesto se da en los años 2024 y sustancialmente en 2025, producto de las instrucciones generales de ajuste en el gasto del sector público. La rebaja del presupuesto se explica por reducción general del marco disponible de recursos, priorización de Juaneb en otras iniciativas y no en el programa servicios médicos y problemas de subejecución durante los años de análisis que impacta habitualmente en reducciones futuras de presupuesto. En términos relativos el programa Servicios Médicos no supera en 2025 el 0,4% del presupuesto de Junaeb. No se identifican otras fuentes de financiamiento desde la Ley de Presupuestos- Gobierno central-al programa.

---

<sup>22</sup> Los municipios podrían además efectuar compras o transferencias- otros de subtítulo 24- para el desarrollo del programa que tampoco quedan reflejados en la presente evaluación.

<sup>23</sup> Mayor información y desagregación en Anexo 4

**Cuadro 4: Presupuesto asignado al programa en Ley de Presupuestos, 2021-2025 (miles de \$2025)**

Año	Presupuesto del programa proveniente de la Institución responsable* (a)	Presupuesto Total Institución responsable (b)	Participación del programa en el presupuesto de la Institución responsable (%) (a/b)
2021	9.055.547	1.363.552.721	0,7%
2022	8.382.688	1.291.606.465	0,6%
2023	8.615.395	1.513.282.376	0,6%
2024	8.195.028	1.610.414.572	0,5%
2025	6.884.521	1.605.685.552	0,4%
% Variación 2021-2025	-24%	18%	-35%

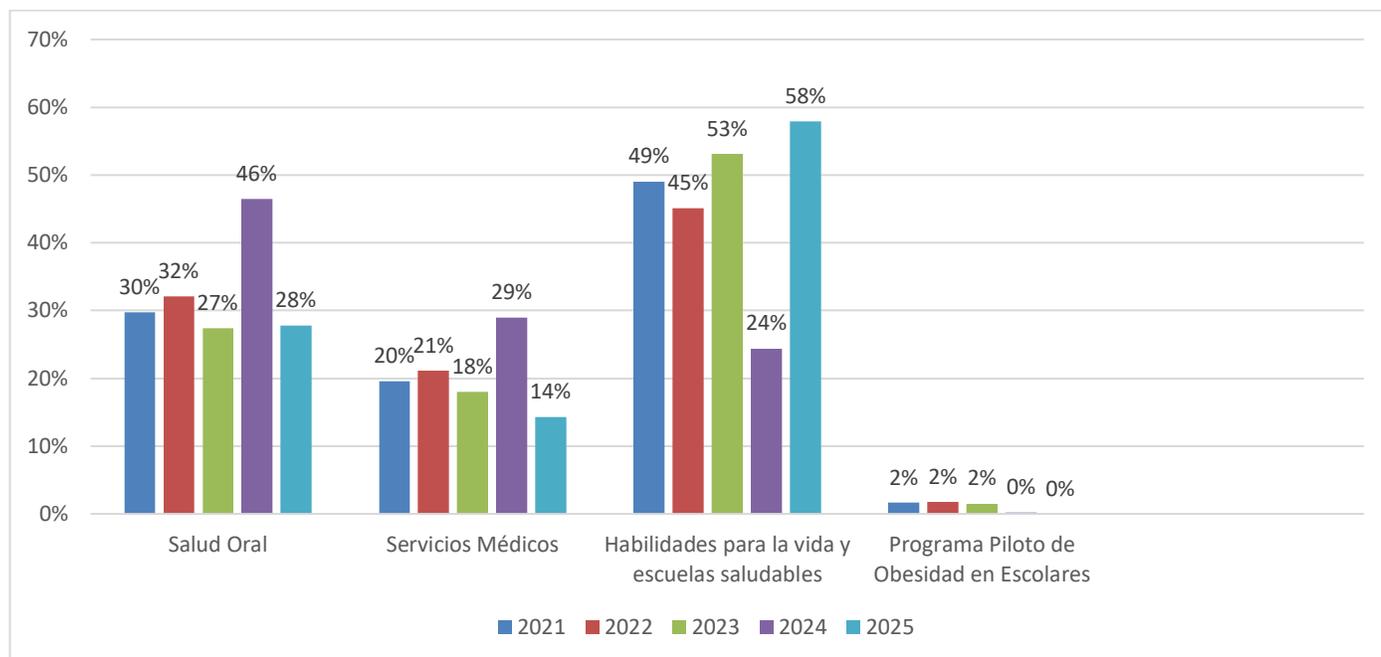
\*Presupuesto inicial de la Ley de Presupuestos de cada año que considera la asignación específica al programa y el aporte que realiza la Institución responsable, que es Junaeb.  
Fuente: elaboración sobre la base de Anexo 4 de Presupuesto.

El programa ni la Junaeb explicitan durante el periodo de evaluación las razones de esta participación del programa en el presupuesto de la institución responsable, sin embargo, el Panel identifica algunos de los motivos los cuales son indicados en las respectivas secciones de la evaluación.

Complementariamente, Servicios Médicos es parte del conjunto de programas de Salud Escolar (Programa 09 09 02) que incluye salud oral, habilidades para la vida y escuelas saludables<sup>24</sup>, y el programa piloto de obesidad en escolares (2021 a 2024). El gráfico 1 muestra la distribución porcentual del presupuesto entre los programas de salud en el periodo 2021 a 2025, donde Servicios Médicos, a excepción del año 2024 y producto de la significativa reducción relativa de Habilidades para la Vida, fue la tercera prioridad financiera en el conjunto de Salud Escolar. Pasa de representar en 2019 un 20% de los recursos a un 14% en 2025. El programa con mayor peso relativo es Habilidades para la Vida con un 58% de los recursos de Salud Escolar.

<sup>24</sup> Para fines del análisis, que es visibilizar los aportes relativos se mantienen unidos en términos financieros los programas habilidades para la vida y escuelas saludables, que incluye Escuelas Saludables para el Aprendizaje, solo para simplificar el análisis y mejorar la visualización de los datos

**Gráfico 1: Distribución Presupuesto Salud Escolar en sus Programas 2021-2025 (%)**



*Nota: Se incluye el programa de Escuelas Saludables para el Aprendizaje en el global "Habilidades para la Vida y Escuelas saludables", porque este programa presenta recursos en 2021, 2024 y 2025, y cuyo valor actual es de \$1.672.715 miles.*

*Fuente: elaboración propia en base a Informes de Ejecución Trimestrales 2021-2024 (SIGFE) y Ley de Presupuestos del Sector Público 2025.*

El programa ni la Junaeb explicitan las razones de esta participación del programa en el presupuesto de Salud Escolar, sin embargo, el Panel identifica algunos de los motivos los cuales son indicados en las respectivas secciones de la evaluación.

## I. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

### 1. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DEL PROGRAMA

La institución responsable del programa cuenta con la identificación y diagnóstico del problema que dio origen al programa. El problema que resuelve el programa es “Estudiantes matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado presentan una salud auditiva, visual y postural deficientes”<sup>25</sup>. Si bien los estudios cuantitativos que relacionen directamente estas deficiencias con el desempeño e integración en los procesos educativos de NNA son escasos<sup>26</sup> existe un consenso en los documentos y bibliografía revisados, así como en los/as entrevistados, respecto de que la no solución del problema afectará las trayectorias educativas de los estudiantes (deserción y/o abandono, bajo o mal desempeño/rendimiento escolar). Un estudio realizado por ATscale (2023) — una organización en la que participan la OMS, UNICEF, USAID, entre otros—, señala que por cada dólar invertido en el suministro de artículos de asistencia cabe esperar un rendimiento de 9 USD gracias a la mejora de los resultados educativos entre las personas usuarias más jóvenes, un empleo mejor remunerado y una mayor productividad entre las personas adultas, así como una reducción de los costos en atención de la salud a más largo plazo derivados de complicaciones en la salud y una disminución de los problemas causados por el envejecimiento.

Complementariamente en 2018, Junaeb encargó un estudio cuantitativo de la trayectoria educativa de los estudiantes que pertenecían al programa, que encontró que la atención oftalmológica facilita la trayectoria de los estudiantes dentro del sistema educativo y que un 88,8%, de los estudiantes de 4° medio en el programa, logran aprobar y egresar del sistema educativo, mientras que solo un 0,8% reprueban, lo que demuestra, según la consultoría, que independiente de la especialidad por la que fueron ingresados al programa tales beneficiarios contaron con un resultado positivo en su trayectoria educativa. Además, los resultados obtenidos en rendimiento apuntan a que los efectos del programa pueden ser inmediatos en términos del cambio que representa resolver una patología asociada al rendimiento académico y desempeño en el establecimiento educacional, la cual debe ser consistente con controles y seguimientos para que se continúe en una trayectoria positiva (Hermética consultores, 2018)<sup>27</sup>.

El árbol del problema explicitado por el programa es: Estudiantes desde nivel parvulario a educación media matriculados en establecimientos subvencionados por el estado presentan problemas de salud, visual, auditiva y postural. Las consecuencias de esto son: deserción y/o abandono escolar por problemas de salud; Bajo o mal desempeño escolar por problemas de visión, audición o postural; y, aumento del daño y empeoramiento de la salud visual, auditiva o postural. Las causas señaladas por el árbol son: falta de pesquisa en escolares; falta de acceso a atención médica especializada de oftalmólogo, otorrino y traumatólogo; y, falta de acceso a tratamiento auditivo, visual y postural.

Al inicio del programa, a partir del diagnóstico que identificó y dimensionó el problema, se eligieron tres enfermedades que afectaban el desempeño e integración educacional: vicios de refracción, déficit auditivo y alteraciones posturales. De acuerdo con los entrevistados y referentes de dicha época<sup>28</sup>, correspondían a los problemas de salud con los cuales se contaba objetivamente con la necesidad, sumado a las competencias propias de

<sup>25</sup> Aunque este enunciado no hace alusión a sus consecuencias sobre el desempeño escolar ni tampoco a la inequidad en los resultados escolares que hacen necesaria la intervención del Estado en las poblaciones más vulnerables o menos favorecidas, en el Fin de la matriz de marco lógico se señala claramente su relación con las trayectorias educativas y además está presente en alguno de sus documentos y en las consecuencias del árbol del problema diseñado por el programa.

<sup>26</sup> Salvo que se encuentre un “experimento natural”, un estudio causal requeriría negarle ex profeso el tratamiento a un grupo de control, lo cual claramente no es ético.

<sup>27</sup> El estudio es de tipo corte transversal y no correlacional que sería el diseño más adecuado para hacer asociaciones más robustas y estadísticamente significativas.

<sup>28</sup> Se realizaron 12 entrevistas en las que participaron 17 personas (ver Anexo 8).

los docentes formados en esos años, y experiencia de otros países en intervenciones similares. El diagnóstico fue actualizado en 2007 para traumatología y en 2017 para oftalmología y otorrinología.

Todos los aprendizajes llegan del exterior a través de los órganos de los sentidos, sin excepción, siendo la visión, la audición y la postura, ámbitos claves. El desarrollo de las funciones visual, auditiva y postural ocurre desde que el niño o niña nace hasta aproximadamente los 9 años, siendo crítico durante los dos primeros años de vida, período que se denomina de plasticidad sensorial. Cualquier alteración que impida su desarrollo, tanto en lo estructural como funcional, afectará las habilidades visuales, cognitivas y sociales. Por estas razones, es importante considerar que el la pesquisa y tratamiento oportuno no solo mejora la situación de enfermedad, sino que el pronóstico de calidad de vida, especialmente si éste ha sido oportuno (Minsal, 2021).

El programa interviene en las tres causas explicitadas en el árbol del problema respaldándose en numerosa evidencia científica, que da cuenta de la importancia de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las edades más tempranas en general, y en particular en los déficits abordados por el programa. El diagnóstico precoz, como resultado de las estrategias de pesquisa y tamizaje, es clave para disminuir el riesgo de discapacidad y para disminuir el gasto sanitario. El acceso oportuno a la atención especializada permite una solución más rápida de las patologías diagnosticadas y el programa, al contratar profesional y proveer los tratamientos, se hace cargo del déficit de especialistas médicos en el sector público de salud, encargado de dar respuesta al 80-85% de la población chilena (Anexo 5) <sup>29</sup>.

El diagnóstico que justifica el problema no se encuentra actualizado, sino que más bien corresponde a una definición tomada en sus inicios, actualizada en 2007 y 2017 y mantenida hasta la fecha. El programa no cuenta con un mecanismo (consejo o comité como existe para el GES) <sup>30</sup> que revise y actualice la realidad epidemiológica de NNA y su impacto sobre el desempeño e integración escolar<sup>31</sup>. Además, el Ministerio de Salud —responsable de las encuestas nacionales de salud— mantiene pendiente la implementación de la Encuesta de Salud de Infancia y Adolescencia Temprana (ENSI), la primera medición destinada específicamente a este grupo etario. Aunque inicialmente sus resultados estaban previstos para el año 2022<sup>32</sup>, su publicación fue postergada para el periodo 2023-2024. Sin embargo, hasta la fecha no se han registrado avances, luego de que la licitación correspondiente fuera declarada desierta en 2023.<sup>33</sup> Sin embargo, los problemas de salud abordados por el programa siguen siendo muy prevalentes tal como se muestra a continuación (Cuadro 5): información actualizada respecto de la realidad de los/as párvulos en Chile, y de las necesidades de apoyo para su desarrollo normal.

---

<sup>29</sup> Rahi, Jugnoo y Gilbert, Clare, 2023; OMS 2000; Ethan D. y Basch CE. 2008; Toledo CC, et al. 2010; Chanfreau J. y Cebulla A., 2009; Rainey L. et al., 2016; Oh H., Ozturk A., y Kozub M., 2004; Ramke J. et al. 2017; Augestad, L. 2017; Negrel, Dominique; Maul, Eugenio; Pokharel, Gopal; Zhao, Jialiang y Ellwein, Leon, 2000; International Agency for the prevention of blindness, 2000; Carlton J., Karnon J., Closki-Murray C., Smith KJ., Marr J., 2008; Díaz, Rodrigo; Raimann, Rolf y Fariña, A. 2003; Bastías, Magdalena; Villena, Rodolfo; Dunstan, Jocelyn y Zanolli, Mario, 2021; OMS, 2015; Cardemil, Felipe; Mena, Pamela; Herrera, María; Fuentes, Eduardo; Sanhueza, David y Rahal, Maritza, 2016; Viero Badaró et al., 2015; Brito-Hernández, Leonidas; Espinoza-Navarro, Omar; Díaz, Jorge y Lizana, Pablo 2018; Araneda, Andrés y Aguilar, Sebastián; 2021; Cabello J, Espinoza F, Núñez S., 2020; Grzybowski A, Kanclerz P, Tsubota K, Lanca C, Saw SM. (2020). Gonzáles M. P., 2017; Hashemi H, Fotouhi A, Yekta A, Pakzad R, Ostadimoghaddam H, Khabazkhoob M., 2018; Jobke S, Kasten E, Vorwerk C., 2008; Silva, M., 2023).

<sup>30</sup> El programa solo cuenta con comités de especialistas expertos/as para las afecciones visuales, auditivas y posturales, que funcionan de manera no sistemática. Estos profesionales especialistas en sus áreas colaboran con Junaeb fundamentalmente en la actualización de los criterios técnicos y la normativa del programa.

<sup>31</sup> De hecho, el programa declara “a fines de los años 80 sólo el 8% de los niños de primero básico era obeso contrastando con el 27, 3% al año 2023, según Mapa Nutricional JUNAEB” (Junaeb, 2024a) y esta situación no se encuentra abordada en la actualidad.

<sup>32</sup> ENSI – Encuesta de salud de infancia y adolescencia temprana - EPI - Departamento de Epidemiología

<sup>33</sup> Licitación ID: 757-155-LR23. Ver:

<https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?q=AwSE8WzpiKid4v6jBrPswjw==>

**Cuadro 5. Niños y niñas que requieren algún tipo de dispositivo o recurso de apoyo según tipo de ayuda y región de residencia**

Región	Tipo de ayuda					
	Visuales	Auditivas	Movilidad	Equip. adaptado	Alimentación	Otras
Arica y Parinacota	15,8%	4,5%	2,7%	12,9%	8,1%	7,8%
Tarapacá	12,8%	3,3%	1,9%	12,4%	7,0%	6,8%
Antofagasta	13,4%	3,4%	1,5%	11,8%	5,9%	7,5%
Atacama	11,0%	2,9%	1,0%	10,6%	5,3%	5,7%
Coquimbo	11,0%	3,5%	1,0%	9,7%	3,6%	6,0%
Valparaíso	9,8%	3,4%	1,1%	8,9%	3,5%	5,6%
Metropolitana	8,7%	2,8%	0,9%	8,6%	4,1%	5,8%
O'Higgins	9,6%	3,0%	1,0%	9,2%	3,4%	5,3%
Maule	11,7%	3,5%	1,1%	10,2%	3,1%	5,7%
Ñuble	10,9%	3,3%	1,1%	8,4%	3,4%	5,7%
Biobío	12,4%	3,5%	1,2%	9,6%	3,8%	5,8%
La Araucanía	10,5%	3,6%	0,8%	8,6%	3,9%	5,6%
Los Ríos	10,2%	3,9%	1,0%	7,7%	3,7%	5,0%
Los Lagos	10,9%	3,1%	1,0%	8,6%	3,7%	5,2%
Aysén	13,2%	3,5%	0,8%	6,7%	3,2%	5,8%
Magallanes	11,5%	2,4%	0,8%	8,1%	2,6%	5,4%
Total	10,3%	3,2%	1,1%	9,2%	4,0%	5,8%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EVE Parvularia 2023.

*Nota.* Los porcentajes se calcularon sobre el total de encuestados/as, hayan declarado algún tipo de dificultad o no.

Fuente: Junaeb (2024c)<sup>34</sup>

En el Diagnóstico de Vulnerabilidad en Pre-Escolares 2023, en lo que respecta a la salud, se registra un aumento no despreciable en la asistencia regular a los controles de salud, que cayó considerablemente durante la pandemia. Por otro lado, también se ha incrementado la cantidad de niños y niñas diagnosticados con enfermedades o problemas de salud que requieren tratamiento prolongado. Esto no implica necesariamente un aumento en la cantidad de niños y niñas que los padecen, sino que podría estar explicado por un incremento en la diagnosis efectiva, que a su vez podría estar en parte relacionada con la recuperación progresiva de la asistencia a controles médicos (Junaeb, 2024c).

Por otra parte, el programa incorporó a partir del año 2019 un nuevo componente que operacionalizó una serie de marcos teóricos para aumentar su impacto (Anexo 6), los cuales se concretaron en el componente de promoción de salud <sup>35, 36</sup>. El Programa busca, a partir de los marcos teóricos utilizados, intervenciones integrales dirigidas a impactar en distintos niveles de la sociedad (multinivel): persona, familia, comunidad y sociedad.

<sup>34</sup> Diagnóstico de Vulnerabilidad en Pre-Escolares 2023. Subdepartamento de Estudios y Análisis de Datos. Departamento de Planificación. Dirección Nacional. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. Ministerio de Educación. [www.junaeb.cl/estudios-y-analisis-de-datos](http://www.junaeb.cl/estudios-y-analisis-de-datos)

<sup>35</sup> En 2017, el programa publica “La Salud Escolar”, la que se define como una instancia que permite entregar las mejores condiciones para que niños, niñas y adolescentes puedan acceder y permanecer en la escuela, disfrutando de una educación de calidad que les permita alcanzar el máximo de sus capacidades para contribuir integralmente al desarrollo de la comunidad, y evitar cualquier forma de discriminación o maltrato en el contexto educativo. Sin embargo, condiciones de inequidad y discriminación basadas en el género, clase social, etnias, migrantes, orientación sexual, situaciones de discapacidad u otras, pueden complicar el acceso igualitario y generar efectos dañinos en el desarrollo biopsicosocial en la niñez y mantenerse como problemáticas en la edad adulta. La Salud Escolar, entonces, favorece la igualdad en el acceso a la actividad educativa, la equidad en la permanencia y la inclusión en el más amplio sentido (Junaeb, 2017c).

<sup>36</sup> El panel procede a sistematizar y robustecer los marcos teóricos del Programa, junto con agregar elementos teóricos que ayudan a la justificación del Programa (ver anexo 6). Todos estos marcos están presentes tanto en el diseño como en la implementación del Programa.

A juicio del panel, la importancia y centralidad de la función realizada por los/as profesores y educadoras de párvulos no está bien visibilizado en los documentos revisados. Ellos/as con su función de realizar la pesquisa (sospecha) dan el inicio al programa en lo asistencial y resultan fundamentales en la función de difusión del programa y en la educación para la salud de la población escolar. El programa no tiene valorizada todas las actividades donde el profesorado interviene ni tampoco el rol en la gestión de este por parte de las municipalidades.

**El diseño del programa es el apropiado para abordar el problema/necesidad central, así como para abordar las causas que le dan origen. La estrategia de entrega de servicios médicos es correcta y con alta probabilidad lo seguirá siendo después de que se actualice el diagnóstico. Por ejemplo, en el contexto epidemiológico actual la obesidad infantil presenta una muy alta prevalencia, 23,9 % de los niños y niñas y la malnutrición por exceso muestra una prevalencia de 61,5% en estudiantes de 5° año<sup>37</sup>; con factores de riesgo de carácter multidimensional y multinivel<sup>38</sup>. En Chile no existe oferta pública de abordaje directo a esa población, por lo que el programa sería totalmente pertinente para contribuir a su solución.**

**El panel evalúa que lógica vertical del marco lógico es coherente con la solución al problema planteado. Además, el panel evalúa que se justifica totalmente la intervención del Estado desde el Ministerio de Educación, específicamente desde Junaeb.**

En las conversaciones iniciales entre el panel y el programa, y en algunos documentos<sup>39</sup> el programa se declaraba “universal”, dado que está diseñado para ser utilizado por cualquier estudiante de establecimiento subvencionado por el Estado, sin hacer ninguna distinción en la seguridad social en salud que tenga su grupo familiar (Fonasa, Isapre o FFAA). Sin embargo, durante el proceso de diálogo entre el Panel y Junaeb y el mismo proceso de evaluación se llega a la definición de que el programa no es universal, ya que ya que deja algunas poblaciones fuera de su accionar: población escolar y preescolar de establecimientos subvencionados por el Estado que no se adscriben / no ingresan al programa (ver cuadro siguiente); estudiantes de áreas rurales<sup>40</sup>; estudiantes de comunas que no tienen establecimientos adscritos; preescolares y escolares que son derivados desde la APS y no son atendidos por problemas de priorización y/o de recursos presupuestarios<sup>41</sup>. Es muy relevante que el programa realice una estimación de los recursos que serían necesarios para alcanzar la universalidad de éste, ya que así se visualizarían claramente las brechas económicas para cubrir la población potencial.

---

<sup>37</sup> JUNAEB. Mapa Nutricional 2024 [Internet] <https://www.junaeb.cl/mapa-nutricional/>

<sup>38</sup> Índice de riesgo de obesidad infantil (IROBIC) para áreas administrativas pequeñas en Chile. <https://irobic.inta.cl/publicaciones/>

<sup>39</sup> Ver por ejemplo OOTT 2022 pag. 28 donde se menciona que: “EL Programa de Servicios Médicos tiene una oferta de carácter universal, y las escuelas que desean sumarse al Programa, deben presentar a JUNAEB el Informe de Necesidad de atención INA, instrumento que permite consignar los casos de pesquisa que levanta el profesor, así como aquellos de control.”

<sup>40</sup> El estudio de Hermética consultores (2018) señala que “es posible inferir que uno de los desafíos que muestra mayor relevancia en término de los resultados del estudio tiene relación con el nivel de representatividad y participación que tiene el programa en los establecimientos educacionales, ya que es posible detectar que SSMM tiene una alta presencia urbana y una baja presencia en sectores rurales (se calcula un total de 3.159 establecimientos educacionales de tipo rural), lo cual se presenta como una meta a alcanzar en términos de cobertura, especialmente porque dichos beneficiarios tienen menos redes de salud pública y acceso a especialistas. Más aún si el objetivo es impactar positivamente en la trayectoria educativa de estos beneficiarios, existe una alta probabilidad que al verse excluidos de este tipo de servicios la performance en su proceso de enseñanza no sea la adecuada, ya que no cuenta con el soporte que resuelva la o las patologías a la base”.

<sup>41</sup> El programa no considera como parte de su población potencial los establecimientos educacionales particulares pagados, lo cual evidencia aún más la no universalidad. Un programa universal está destinado a toda la población, sin exclusiones, como por ejemplo el Plan Nacional de Inmunizaciones.

**Cuadro 6. Establecimientos adscritos al programa. 2023<sup>42</sup>**

<b>ANTECEDENTES</b>	<b>MUNICIPAL</b>	<b>P. SUBV.</b>	<b>SLE</b>	<b>TOTAL</b>
2023	4.412	5.481	631	10.524
(sin Establecimientos Particular Pagadas)				
SSMM 2023	4.399	2.853	8	7.260
<b>%</b>	<b>99,7</b>	<b>52,0</b>	<b>1,2%</b>	<b>68,9</b>

Fuente SIGE JUNAEB octubre 2023/ Informática JUNAEB 2023 SSMM.

Todo lo anterior se evidencia en la existencia de listas de espera o en tiempos de espera prolongados para la obtención de atención y tratamiento. El programa informa que, al cierre del presente informe, mantiene un “rezago” o lista de espera de 179.079 prestaciones (Junaeb, 2025)<sup>43</sup>:

1. Tamizajes: existe un total de 59.982 estudiantes con tamizajes pendientes, este año 2025, el programa cubre un 63% de la demanda total que se estiman son 103.119 estudiantes
2. Atenciones Médicas: existe un total de 56.816 estudiantes con atenciones médicas pendientes donde la cobertura de este año fue de un 70% del total que se estiman son 130.754 estudiantes.
3. Tratamientos: existe un total de 62.281 estudiantes con tratamientos pendientes, este año el programa cubre un 69% del total que se estiman son 138.245 estudiantes.

Desde la pandemia el programa realiza prestaciones vía Telesalud para las atenciones de traumatología, así como para prestaciones de Tele rehabilitación (PAC, algunas sesiones de PAA y sesiones de kinesiología), previa coordinación y aprobación de parte de Junaeb con aquellos prestadores que manifiesten la intención y necesidad de realizarla. Puede ser aplicada especialmente en aquellas zonas en que las distancias constituyen un obstáculo para que el/la estudiante acceda fácilmente a la prestación.

Lo anterior es un reflejo de los resultados derivados de la forma de implementación, adecuación en base a restricciones presupuestarios y problemas de gestión interna, lo que sin lugar a dudas afectó al cumplimiento de su propósito, ya que si no alcanza a atender a su población objetivo el impacto que tiene es menor al esperado.

No obstante que el programa tiene dentro de sus marcos orientadores el de los Determinantes Sociales de la Salud y de Equidad, y que se han realizado permanentes esfuerzos para la realización de progresos en torno a la equidad en la implementación de este, la situación observada plantea áreas de déficits de equidad en el desarrollo del programa (ver sección 3.2).

El Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras a servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2017) <sup>44</sup>, plantea que se presentan situaciones que se transforman en barreras para que la población que debe beneficiarse de las intervenciones planificadas lo hagan de manera real o efectiva. Las intervenciones no solo deben estar disponibles, también deben ser aceptadas por la población objetivo, deben ser utilizadas por las personas, deben resultar satisfactorias para los/as usuarios/os. Por otra parte, los aspectos de gestión deben procurar señalar las metas más altas para que las propias planificaciones potencien el logro de la cobertura efectiva. Dicho modelo sirve para

<sup>42</sup> El programa no entregó datos para 2024.

<sup>43</sup> El cálculo de esta brecha fue realizado por el programa estimando “rezago” de últimos 2 años.

<sup>44</sup> Enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Washington, D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

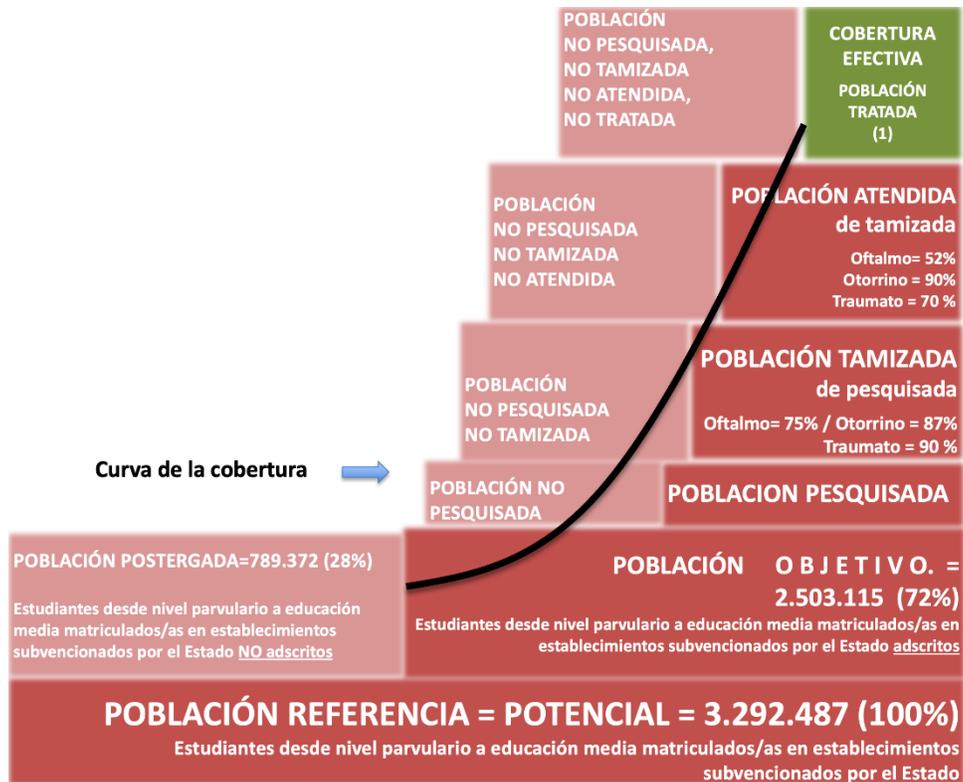
esquematar una curva de cobertura que permite visualizar las barreras para el logro de la equidad teórica del Programa.

**Figura 3. Esquema del Modelo de Evaluación de Equidad de Acceso y Barreras a Servicios de Salud**



Fuente: Tomado de Orielle Solar (2018).

**Figura 4. Esquema de estimación de poblaciones para el dimensionamiento de la cobertura efectiva del programa Según datos disponibles para 2023.**



(1) Para Oftalmología 52% de la atendida y 18 % de la esperada según prevalencia (7,7% - 253.521)

Fuente: Elaboración propia.

Un programa como este que pretende aumentar las oportunidades en la educación para la población más vulnerable debe tener una especial preocupación por analizar cuáles son las barreras que existen para abordarlas y lograr que la cobertura efectiva mejore. En el esquema anterior se visualizan algunos elementos necesarios a tener en cuenta a la hora de realizar dicho análisis dese el enfoque de equidad, tales como: la adscripción voluntaria, la pérdida de casos desde que son pesquisados a que son tamizados, desde que son tamizados a que deben ser atendidos y desde que son atendidos a que reciban el tratamiento. Las barreras pueden ser muy diversas, pero las que se mencionaron en las entrevistas se refieren fundamentalmente a aspectos relacionados con: la ruralidad, la vulnerabilidad social, la pérdida de confianza por la excesiva demora en conseguir la atención y luego el tratamiento, la pérdida de adhesividad por mala calidad de algunos tratamientos, etc.

Una de las grandes diferencias entre el programa de Junaeb y el resto de la oferta relacionada para NNA, es que es el único programa que se hace cargo del proceso completo de atención, desde la pesquisa al tratamiento<sup>45</sup>. Las iniciativas del Minsal se hacen responsables en gran medida hasta el diagnóstico y luego las familias deben buscar una solución particular o, dependiendo de la gravedad del problema, postular a programas como el de ayudas técnicas o los beneficios de la Ley Ricarte Soto en caso de necesitar un implante coclear (Mineduc y Minsal, SI; Minsal, 2021)

Lo anterior es una muestra que, desde la política de salud, no existe una línea de trabajo ni una responsabilidad explícita y sostenida orientada al análisis, monitoreo y acción en salud dirigida específicamente a la población escolar. Al revisar el organigrama y las funciones de la Subsecretaría de Salud Pública —entidad responsable del diseño, protocolos de atención y guías de práctica clínica— se constata que, más allá de las patologías incluidas en el régimen GES para la población pediátrica, no hay antecedentes que indiquen una estrategia integral para esta población. En la práctica, el sector salud principalmente responde de manera reactiva, atendiendo personas enfermas en contextos de urgencia o atención abierta cuando corresponde y en la medida de lo posible, sin una priorización explícita. Esta situación es distinta solo para ciertos grupos cubiertos por subsistemas de protección, como el Sistema de Seguridad y Oportunidades, o por iniciativas legales específicas como la Ley N° 21.545 sobre el trastorno del espectro autista.

El panel considera relevante mencionar que no existen superposiciones y duplicaciones entre este programa y otros que lleva a cabo el Minsal, ya que todos los programas existentes son complementarios para la integralidad y continuidad de la atención de los/as estudiantes de establecimientos subvencionados por el Estado<sup>46</sup>. El detalle de la oferta programática se encuentra en Anexo 3, pero se presenta a continuación cuadro 7 que permite visibilizar las diferentes líneas de acción, objetivo principal y responsable. Esto a su vez, fue verificado con las entrevistas, en donde de forma transversal se señala que el programa resuelve una necesidad que, desde el sector sanitario, actualmente y al menos en el corto plazo, no puede abordar.

**Cuadro 7: Oferta Programática Complementaria al Programa**

Programa	Entidad Ejecutora	Objetivo
Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia / Salud / JUNAEB	Brindar diagnóstico y tratamiento a niños/as de 3 a 9 años con trastornos de salud mental.
Habilidades para la Vida (HPV)	JUNAEB	Detección y derivación de problemas de salud mental en el ámbito escolar.

<sup>45</sup> El programa señala que se definió implementar desde Junaeb debido a la “Credibilidad por parte del Sector” y la “Experticia en entrega de Apoyos y Servicios” (Junaeb, 2024b). Entrevistados/as dijeron que está bien situado en Mineduc (“salud se hace carne en el aula”).

<sup>46</sup> Existe un documento conjunto de los Ministerios de Educación y Salud denominado “Protocolo de coordinación MINSAL JUNAEB para la atención de salud escolar en establecimientos de educacionales. Control de salud infantil 5 - 9 años. Control de salud joven sano 10 - 19 años” (Mineduc y Minsal, (SI)). Es relevante que en dicho protocolo no se menciona la comisión mixta salud educación, destinada por decreto a realizar una coordinación estrecha entre ambos sectores (Minsal, 1997).

Programa	Entidad Ejecutora	Objetivo
Control de Salud Infantil en Establecimiento Educativo	Ministerio de Salud	Detectar y derivar casos de salud infantil desde los establecimientos educacionales al sistema de salud.
Control de Salud de Niño y Niña Sano en EE	Ministerio de Salud – Subsecretaría de Redes Asistenciales	Realizar controles integrales de salud para niños/as de 5 a 9 años en escuelas municipales y subvencionadas.
Programa Nacional de Salud Integral de la Infancia	Ministerio de Salud	Contribuir al desarrollo integral de niños menores de 10 años mediante atención en salud preventiva, curativa y de rehabilitación.
Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes	Ministerio de Salud	Promover el desarrollo saludable y acceso a servicios integrales de salud para jóvenes de 10 a 19 años.
Ayudas Técnicas Chile Crece Contigo	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Proveer implementos a niños/as de 0 a 9 años con discapacidad, del 60% más vulnerable, para mejorar su funcionalidad y autonomía.
Programa de Ayudas Técnicas – SENADIS	Senadis	Entregar ayudas técnicas a personas con discapacidad mediante concursos anuales, a partir de los 10 años de edad.
Ley Ricarte Soto (Ley N°20.860)	Ministerio de Salud	Financiar tratamientos de alto costo, como implantes cocleares, excluyendo algunos gastos como cirugía y rehabilitación.
Garantías Explícitas en Salud (GES)	Ministerio de Salud	Garantizar tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 4 años con acceso, oportunidad y protección financiera.

Fuente: elaboración propia en base a información de Anexo 3

Durante 2023 y 2024 se conforma una mesa intersectorial para revisar la oferta programática de ayudas técnicas del Estado. En específico este trabajo surge del compromiso de la evaluación de programas efectuadas al Programa de Ayudas técnicas del Senadis en 2023, donde se evaluó el catálogo de prestaciones de Senadis y se levantó información del aporte de otras instituciones (Mansilla, Villalobos y Sugg, 2023). En base a las entrevistas se indica que fue un trabajo que permitió considerar las ventajas y desventajas de cada ejecutor y que se proyectan algunos cambios a futuro, por ejemplo, que prótesis en vez de ser entregadas por Senadis sean de cargo del Minsal. En lo que respecta al programa acá en evaluación no se señalan cambios por efectuar o que exista un compromiso de ello.

El programa ha realizado reformulaciones motivadas fundamentalmente por disponibilidad presupuestaria que, manteniendo el diseño del programa, han hecho cambios en los cursos a intervenir tanto a nivel de pesquisa, tamizaje y atención médica, decidiendo dejar sin acceso a todos los apoyos que brinda el programa a estudiantes de cursos o niveles educativos clásicos en cada área. En el caso de oftalmología cuya focalización histórica se ha realizado en Prekínder, Kínder, 1° básico y 6°, el programa, a partir de 2024, ha debido orientarse y restringir su acción a 1° básico. En caso de otorrinología cuya focalización histórica se ha realizado en Prekínder, Kínder, 1° básico, ha debido orientarse solo a 1°. En esta misma línea han debido quedar fuera la intervención del componente de promoción de salud, así como intervenciones quirúrgicas y medicamentos, en el ámbito auditivo. Lo anterior, según el programa, ha tensionado el trabajo conjunto e histórico con Minsal y la APS, pues los recursos han debido centrarse en la población objetivo y no dar atención a estudiantes que provienen de otros cursos como demanda espontánea derivada desde APS afectando sus procesos de desarrollo y aprendizaje.

**En términos de diseño, se debe recordar que entre los problemas que dificultan el acceso igualitario y la permanencia en el sistema educacional, como algunos problemas de salud de alta prevalencia, como el nutricional, salud bucal, déficits sensoriales, específicamente los visuales y auditivos, déficits posturales y problemas psicosociales. Este programa de Junaeb destaca como el único con un enfoque resolutivo que ofrece un conjunto integrado de prestaciones y servicios desde la pesquisa al tratamiento.**

El programa, además, es el que realiza acciones de salud escolar en los establecimientos, en el territorio, ya que el Minsal no tiene priorizado este ámbito de acción (las metas e indicadores de evaluación no consideran ninguna actividad de salud escolar, a excepción de las vacunaciones); la relación con la escuela es muy diversa, no funcionan las comisiones mixtas de salud y educación. Lo anterior, según algunos entrevistados, abre la posibilidad de evaluar si las acciones implementadas por Minsal en establecimientos educacionales deberían ser transferidas en su totalidad a Junaeb. El panel estima que, para tomar una decisión informada al respecto, será necesario realizar otro tipo de evaluación comparativa de las intervenciones de ambas instituciones en la escuela.

## 2. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

El diseño del programa contempla la detección precoz de, idealmente, todos los estudiantes dentro de los establecimientos adscritos que presentaran alguna de las deficiencias visual, auditiva o postural cubiertas por el Programa, para luego entregarles el tratamiento que les permitiría estar en iguales condiciones que los estudiantes sanos para enfrentar su trayectoria escolar. En este contexto, la priorización de algunos cursos para la pesquisa y el tamizaje es una estrategia que responde no a limitar el acceso sino, por el contrario, a identificar a la mayor cantidad de estudiantes con problemas, ya que es en estos cursos, según el criterio técnico, en los que el diagnóstico precoz tendría mayor efectividad. Como se indica en la sección precedente, el Panel considera que esta estrategia es adecuada para enfrentar el problema que da origen al Programa.

Ahora bien, debido a distintos factores internos y externos al programa, que se discuten a lo largo este informe, el programa ha visto mermada su capacidad de atención, lo que lo ha obligado a variar su estrategia respecto establecido en su diseño. Es así como se ha dejado de ejecutar el componente 1 desde 2021 y en el componente 2 se han disminuido las actividades de pesquisa y tamizaje ya que no hay capacidad de atender a estos estudiantes en los componentes 3 y 4.

La no ejecución del componente 1 implica no realizar la educación, participación, conocimientos necesarios para la adquisición de hábitos saludables y para la adhesión al programa en beneficiarios de tipo intermedio (comunidad educativa) y en beneficiarios directos, que son los/as estudiantes de establecimientos adscritos al programa.

Por otro lado, la limitación en el número de consultas y tratamientos que se pueden entregar ha generado un número creciente de estudiantes no atendidos, listas de espera, que el programa denomina brecha o rezagos. En ese contexto, el programa decidió en 2024 concentrar los recursos en atender estos estudiantes a costa de reducir el componente de detección precoz. Cabe señalar que, como se verá en la sección 3.1 de este informe, no se dejó de hacer pesquisas y tamizajes, solo se disminuyó su número.

La formulación del presupuesto del programa se basa en las necesidades y estimaciones que provienen de las direcciones regionales, incluyendo atenciones rezagadas de años anteriores (principalmente 2022 y 2023). En 2024 el objetivo central fue reducir brechas en la atención de estudiantes no cubiertos previamente (población rezagada o lista de espera). Las restricciones presupuestarias han llevado a establecer un funcionamiento en base cupos, lo que impide cubrir toda la demanda efectiva, generando rezagos acumulativos.

La definición del presupuesto del programa ha seguido la siguiente dinámica:

Base de formulación: demandas regionales, atención histórica y cobertura pendiente.

Propuesta 2024: orientada a cubrir un rezago de 179.079 prestaciones, vinculadas a casi 60.000 estudiantes con tamizajes y más de 56.000 con atenciones médicas.

Criterios de asignación por componente: prioriza mantener coberturas históricas, continuidad de tratamientos. En 2024, dado el incremento de recursos respecto de 2023, considera población rezagada. En ninguno de los años se considera ajuste de precios de los servicios y prestaciones.

Limitantes estructurales: la Dipres puede rechazar incrementos presupuestarios por baja capacidad de ejecución o restricciones fiscales.

El Panel ha esquematizado el proceso, como se describe continuación, en base a la información recopilada tanto en los documentos técnicos como entrevistas (mayor detalle Anexo 3C) en lo que respecta a la formulación (basada en necesidad) y lo que resulta del proceso de definiciones presupuestarias, que son los recursos hacia los territorios.

### **Estimación de Necesidad Programación**

El cálculo de coberturas nacionales y regionales se realiza a partir de:

- Matrículas escolares por curso y establecimiento.
- Resultados históricos de pesquisa, atenciones y tratamientos.
- Valores históricos por tipo de prestación.
- Datos informáticos de cohortes en control y estudiantes con ingreso reciente.
- Prevalencia e incidencias por especialidad (Criterio contenido en OTP, 2023, p.30/ OTP, 2024, p.42)
- Porcentajes de indicación de los tratamientos en cada una de las especialidades (contenidas en OTP, 2024, p.42)

Esta metodología se basa en la demanda efectiva previa, sin incorporar variables prospectivas como prevalencia, incidencia o ajustes por inflación, lo que limita la capacidad de anticipar nuevas necesidades o expandir cobertura.

### **Definición del Presupuesto**

Del proceso de formulación, continúa las definiciones internas de Junaeb en concordancia con las Directrices de Mineduc, que se ajustan al marco presupuestario determinado por Dipres. Cabe indicar que Dipres no propone recortes a la baja en sí del programa, pero sí del marco de Junaeb, por tanto, la magnitud de recursos del programa y su peso relativo son una definición de propia institución ejecutora del Programa.

### **Asignación Territorial**

En vista que los recursos aprobados son inferiores a los solicitados se inicia un proceso de distribución por región, este proceso se basa en el dialogo e información que tenga cada Dirección Regional. Esta se basa en su análisis previo de necesidad, como en base a factibilidad de implementación, prioridades y criterios de pertinencia local. En la medida que no existan ajustes del presupuesto asignado a lo largo del año, la ejecución responde a lo programado.

**Este ajuste presupuestario que resulta en un número menor de estudiantes a atender no está estructurado en normas, criterios o ponderados, y se basa en las directrices definidas por la orientación técnica y también locales**

Así, la asignación de recursos a nivel de los componentes del programa y a nivel del territorio es un resultado al presupuesto definido a nivel central y a la cobertura definida en base a la detección de las necesidades. No existen criterios que indiquen que un componente y actividad sean más o menos relevantes, además de lo ya indicado en las orientaciones técnicas.

Los ajustes presupuestarios aplicados al programa, motivados por factores externos como directrices generales de la autoridad, bajas tasas de ejecución presupuestaria en los años 2021 y 2022, así como los efectos derivados de la pandemia, han derivado en decisiones operativas críticas. Entre ellas, destaca la suspensión de actividades de pesquisa en ciertos períodos y la priorización de acciones curativas por sobre aquellas de carácter preventivo. Estas

medidas han tenido un impacto negativo tanto en el desempeño general como en el funcionamiento del programa, afectando directamente la continuidad de la atención. Como consecuencia, se ha generado una situación de inequidad territorial, especialmente en contextos donde no existe una oferta alternativa por parte del Estado para abordar estas necesidades de salud, dejando a una parte de la población infantil sin acceso oportuno a intervenciones esenciales.

Con todo, el programa sobre la base de los recursos disponibles y la forma de generar la intervención de salud no puede llegar a su población objetivo (que debería ser el 100% de los que presentan la necesidad) y, por tanto, tampoco sería deseable sumar más establecimientos educacionales, ya que implicaría presionar criterios de focalización y/o reducción de calidad de las atenciones.

En cuanto a los aspectos técnicos de la implementación, el Panel evalúa muy positivamente que el programa haya incorporado la Telesalud para algunas atenciones y prestaciones de rehabilitación ya que permite que el/la estudiante acceda fácilmente a la prestación. Así mismo se valora que exista articulación con otros actores, como redes de expertos/as, universidades y entidades de otros sectores ya que esto permite que el programa cuente con validación y actualización técnica. A su vez, existe compromiso por parte de los colaboradores de apoyar a la Junaeb en esta política pública sin remuneración alguna. Además, se promueve la suscripción de convenios con universidades, organismos públicos y organizaciones de la sociedad civil como fundaciones /sociedades profesionales.

El subdepartamento de salud escolar realizó un programa piloto para cubrir la obesidad infantil. Sin embargo, este piloto fue cancelado ya que sus resultados fueron muy desfavorables debido a que, de acuerdo a las entrevistas realizadas, se realizó durante la pandemia, los prestadores estuvieron poco interesados en participar porque eran pocas las actividades a realizar y porque se expresó cierta desconfianza por parte de la población que debía beneficiarse.

El programa no incorpora perspectiva de género y no ha realizado ajustes que afecten dichos ámbitos. Por ejemplo, no se han desarrollado estrategias específicas para corregir el acceso mayor de las niñas, siendo que solo en el déficit postural la prevalencia es esperable una presencia mayor en niñas. Los datos de producción de servicios no dan cuenta de esta mayor prevalencia en mujeres, lo que implica que se está produciendo una importante inequidad de género (Junaeb, 2022p18). De hecho, una patología abordada por el programa presenta una diferencia de prevalencia motivada por el sexo que son los trastornos posturales los que son más frecuentes en mujeres (la escoliosis idiopática del adolescente – EIA, tiene una frecuencia cinco veces mayor en mujeres que en hombres)<sup>47</sup>Y el programa no ha diseñado una estrategia específica. Además, en el tamizaje de los problemas posturales, de acuerdo con algunas personas entrevistadas, no se respetan las condiciones de privacidad adecuadas para una realización digna, segura y no discriminatoria para las estudiantes (solicitadas en las bases de licitación).

Entre 2021 y 2024, JUNAEB implementó una serie de cambios organizacionales que afectaron directamente la gestión del Programa de Servicios Médicos (Anexo 3C). Inicialmente, en 2021, el programa fue fragmentado entre distintos departamentos, lo que generó dificultades de coordinación y una desconexión entre el diseño técnico y la operación en terreno, situación advertida por los equipos técnicos y confirmada en entrevistas realizadas durante la evaluación.

A partir de 2022 se avanzó hacia una estructura más centralizada, integrando las funciones técnicas y operativas bajo la Sección de Salud del Departamento de Bienestar Estudiantil. Este proceso culminó en 2024 con la creación del Subdepartamento de Salud Estudiantil, dependiente de la Dirección Nacional, y la formalización de la Sección de Servicios Médicos, responsable de ejecutar políticas de salud, monitorear indicadores, gestionar licitaciones y capacitar equipos para fortalecer la implementación territorial.

---

<sup>47</sup> Castillo, Nicole (2017).

Los cambios recientes han tratado de volver a la estructura previa al 2021 pero aún se logra ya que no ha existido una intervención organizacional a nivel de las Direcciones Regionales y, por lo tanto, se cuentan con 16 estructuras orgánicas diferentes. Sumado a que existió una merma en dotación que no se ha recuperado en el tiempo de evaluación.

Los ajustes organizacionales no se han acompañado de un análisis técnico que justifique dichos cambios, así como no se cuenta con análisis de perfil de cargos, funciones, competencias y carga laboral. Se ha indicado por los equipos de Junaeb que no se contó en este periodo de tránsito organizacional apoyos relacionados a la gestión del cambio, gestión de crisis, liderazgo entre otros que podrían aplicar en este caso.

El programa también se encarga de gestionar mesas de expertos para la actualización normativa en salud escolar, validar las programaciones regionales de cobertura, diseñar e implementar iniciativas de capacitación, investigación y control, y promover alianzas con hospitales y universidades.

Los cambios organizacionales generan efectos en los equipos, dinámicas y también poca claridad si no son comunicados, ya que de por sí es natural presentar resistencia al cambio si no se comprenden y visibilizan los beneficios (Lee y Chen 2019; García y Thompson 2020). Se manifiesta por los entrevistados que esta nueva estructura vigente, es más similar a la previa a todos los cambios realizados y que se sigue en un proceso de estabilización de funcionamiento. Pero no han generado cambios a nivel de las regiones y en ellas se encuentra una diversidad de formas de operar.

A nivel regional, el programa cuenta con equipos profesionales y técnicos en cada Dirección Regional, encargados de implementar el programa en sus respectivos territorios. Entre sus funciones se encuentran la coordinación y seguimiento presupuestario, la supervisión de procesos, la adecuación de términos técnicos en licitaciones, y la articulación con prestadores regionales. Además, estos equipos deben ejecutar capacitaciones, validar pagos a prestadores, elaborar informes, atender requerimientos de la red de colaboración, aplicar instrumentos de evaluación de satisfacción usuaria y fomentar la gestión intersectorial a nivel regional.

En cuanto a la dotación, en 2024 el programa cuenta con 74 funcionarios/as a nivel nacional, de los cuales el 82% corresponde al estamento profesional. Solo en dos regiones hay presencia de personal administrativo, y en seis regiones hay profesionales técnicos. Excepto por el personal de la Dirección Nacional, que se dedica exclusivamente al programa, en el resto del país los funcionarios también trabajan en otros programas de salud escolar. No se dispone de un catastro del personal en establecimientos, municipios u otras entidades que participan en la ejecución, lo que ha motivado la recomendación de realizar un estudio complementario sobre la materia, lo cual fue solicitado por el Panel en el proceso de evaluación, pero no se contó con autorización de Dipres para realizarlo.

Además, se observa diversidad en el funcionamiento del programa a nivel territorial, ya que no existe una estructura estandarizada entre regiones. En varios casos, no hay un coordinador exclusivo para Servicios Médicos, y los profesionales deben asumir funciones de otros programas. Esta situación genera sobrecarga, particularmente en regiones con alta presencia de establecimientos particulares subvencionados, donde la gestión se realiza de manera individualizada.

En relación con los mecanismos de coordinación (Anexo 3C) el programa mantiene relaciones constantes con los distintos departamentos y subdepartamentos de Junaeb, en especial con el área Jurídica para la elaboración de bases de licitación, convenios y contratos. Esta coordinación es parte de la dinámica institucional regular y no cuenta con un protocolo específico. Sin embargo, se ha señalado en las entrevistas y reuniones de trabajo que, al tratarse de un programa de menor escala, no siempre se le otorga prioridad en estas instancias. También se ha identificado, en base a las entrevistas realizadas y a los mismos documentos de funcionamiento del Programa proporcionados pro Junaeb, que los distintos programas de Salud Escolar operan de manera aislada, sin una coordinación efectiva entre ellos.

Dado que el programa se basa en la compra de servicios, existe una coordinación estrecha con el Subdepartamento de Compras, especialmente en tratos directos y licitaciones nacionales. Asimismo, se coordinan acciones presupuestarias con el Departamento de Planificación, como la formulación, ajustes y seguimiento del presupuesto. En lo que respecta a las compras, éstas se enmarcan en las directrices generales de la ley de compras públicas por lo que se utiliza el portal de mercado público, además las bases de licitación contienen los aspectos administrativos y técnicos, donde los atributos técnicos (especificaciones) son más relevantes que el precio en términos relativos, esto último a juicio del Panel es pertinente en vista de la especificidad de las intervenciones y artículos que son adquiridos.

Durante el período de evaluación, el rol de las Direcciones Regionales en el proceso de compras se limitó exclusivamente a la adquisición de servicios clínicos, excluyéndolas de la compra de dispositivos o elementos. Según lo señalado por los entrevistados —y respaldado por los datos presentados en la Sección 5—, esta restricción no ha resultado ni efectiva ni eficiente para el funcionamiento del programa ya que ha existido demora en los tiempos de adjudicación y entrega de los tratamientos, dañando la ejecución del programa, lo cual también se observa como parte de las causas del alto nivel de subejecución del Programa respecto a presupuesto inicial en los años 2021 (55,4% , 2022 (79%,) y 2023 (69%) (Anexo 4).

En vista de las reducciones presupuestarias, no se cuentan durante el periodo de evaluación con auditorías externas que permitan verificar la calidad de las atenciones y elementos comprados, por lo que existe el riesgo de que la calidad difiera de lo solicitado y pactado en las bases de licitación, impactando en los resultados del programa.

La coordinación con las Direcciones Regionales se realiza de forma orgánica, liderada por la Dirección Nacional, y aunque no sigue un calendario fijo, contempla reuniones ampliadas anuales y sesiones mensuales. Desde la pandemia, estas instancias han sido virtuales, lo que ha debilitado el vínculo con los territorios, afectando la identificación y verificación de necesidades y estrategias locales. De acuerdo con los testimonios, la falta de cercanía territorial lleva consigo una pérdida de información contextual, menor alineación entre estrategias centrales y locales y menor información para la toma de decisiones.

Respecto a la coordinación con otros ministerios, existe un protocolo con el Ministerio de Salud que establece la articulación y también se establece la participación de Junaeb en instancias regionales como el Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA), y se define que los servicios de salud deben apoyar la logística del programa. Sin embargo, en la práctica (confirmado en las entrevistas) estas coordinaciones son poco frecuentes y carecen de instancias formales de trabajo conjunto, a pesar de que la naturaleza de la intervención requiere un enfoque sistémico.

Junaeb ha establecido colaboración con hospitales públicos y universidades y expertos del área de la salud y de sociedades científicas (Anexo 3C). Estas alianzas han sido clave en la actualización de normativas técnicas. Ahora bien, estas colaboraciones se realizan sin remuneración y reflejan un alto nivel de compromiso. Cabe indicar que no existe una programación de actualización de normas, sino que más bien es frente a solicitudes y hallazgos por parte de los actores involucrados en el programa

Por último, desde la Dirección de Presupuestos, sector presupuestario de Educación, ha señalado no tener conocimiento de instancias de coordinación interministerial formalizadas sobre programas de salud escolar, y ellos sugieren como idea para mejorar las intervenciones es avanzar en integrar la oferta programática de otros ministerios para evitar superposiciones. Con todo, el Panel al identificar la oferta pública relacionada no observa existencia de duplicidad de acciones (Anexo 3C), pero si existe un espacio para mejorar la integración de beneficios para así lograr una intervención más integral y por tanto de mayor impacto.

A juicio del Panel el programa ha logrado importantes avances estructurales en su organización y define con claridad sus responsabilidades técnicas, pero aún enfrenta desafíos relevantes en su implementación territorial, coordinación

intersectorial y aseguramiento de la calidad. La falta de estandarización regional, sobrecarga de equipos, débil prioridad institucional, presupuesto limitado, son factores que limitan su efectividad y están generando la existencia de población no atendida, cursos sin pesquisar y disparidades territoriales en la implementación. Estas brechas fueron confirmadas en las entrevistas realizadas.

Los indicadores de la matriz de marco lógico actual del Programa tienen problemas en su definición y no miden adecuadamente la gestión del Programa (Ver anexo 2C). Por este motivo, los informes de monitoreo remitidos al MDSYF presentan inconsistencias año a año en la población beneficiaria y de gasto por beneficiario. El Panel plantea una propuesta de nueva matriz en el Anexo 2D.

El programa cuenta con un sistema de información en que se registran todas las atenciones entregadas en los componentes 2, 3 y 4. Los datos que incluye son completos, incluyendo información del estudiante, el prestador y la atención misma, lo que genera una base de datos muy valiosa. Sin embargo, el sistema de información data de inicios de la década de 2000 y no ha sido actualizado desde hace muchos años, por lo que se encuentra obsoleto. Solo genera indicadores preestablecidos y permite exportar algunas tablas de datos (las que fueron usadas para los cálculos de eficacia de este informe), lo que limita seriamente la posibilidad de aprovechar toda la riqueza de información contenida en su base de datos. El programa, por su parte, tampoco cuenta con capacidades técnicas para el análisis de estos datos. En consecuencia, algunos de los indicadores propuestos en este informe no han sido obtenidos ya que su construcción requeriría de un trabajo de procesamiento de datos que va más allá de los alcances de la presente evaluación.

En cuanto al monitoreo y seguimiento, se cuenta con un sistema de indicadores de gestión, además de encuestas de calidad e indicadores de proceso (Ver Anexo 3.D). Sin embargo, no se evidencia su uso como retroalimentación ni en la toma de medidas correctivas, sino más bien en la generación de reportes. Varios de los indicadores calculados por el Panel para este informe se encuentran en esos reportes, pero presentan diferencias numéricas (en el rango de  $\pm 5\%$ ) con los calculados con las bases de datos provistas al Panel por el mismo programa en el marco de esta evaluación. En su documentación el programa menciona que realiza auditorías, pero no se presentó evidencia de ninguna en el periodo en evaluación. El programa no considera indicadores de género.

El Programa no cuenta con un sistema de seguimiento de las compras y licitaciones de los servicios médicos. La información utilizada en este informe debió ser recopilada y sistematizada por el Programa específicamente para este fin, lo que se evalúa negativamente.

**El panel evalúa que la puesta en práctica del programa en base a la estrategia diseñada es correcta, sin embargo, presenta múltiples espacios de mejora que serán explicitados en las conclusiones y recomendaciones.**

### **3. DESEMPEÑO DEL PROGRAMA: EFICACIA Y CALIDAD**

#### **3.1. Eficacia a nivel de Componentes (producción de bienes o servicios)**

##### **Componente 1**

En el periodo de evaluación solo existió financiamiento para el componente 1 los años 2021 y 2022 (ver Anexo 4). Sin embargo, las acciones imputadas a ese componente correspondieron más bien a actividades de gestión de los demás componentes (reuniones de planeación, acompañamiento a regiones, supervisiones, etc.). Dado lo anterior no es posible evaluar la eficacia de este componente. El Panel considera que si bien frente a una restricción presupuestaria es razonable priorizar los componentes que entregan atenciones a los estudiantes, en el largo plazo la no ejecución de este componente debilita al programa en su conjunto.

## **Componente 2**

El componente 2 tiene dos etapas principales: la pesquisa, realizada por los profesores para identificar qué estudiantes tienen sospecha de patología, y el tamizaje, en el que profesionales de cada especialidad evalúan a los estudiantes con sospecha.

Los profesores y coordinadores de establecimiento registran en el sistema los estudiantes que presentan sospecha en los cursos priorizados para pesquisa. También se ingresan en algunas ocasiones estudiantes con sospecha de cursos no priorizados, los que son referidos por el Programa como “demanda espontánea”. Para el año 2024 la demanda espontánea fue de 5% del total de pesquisados para oftalmología y columna y de 3% para otorrino.

Como se puede apreciar en el siguiente cuadro, el programa tuvo una fuerte caída el año 2020 producto del inicio la pandemia, de la cual se ha ido recuperando en años posteriores, pero sin alcanzar los niveles prepandemia. Sin embargo, en el año 2024 se presenta una caída respecto del año anterior, lo que ha sido explicado por el Programa como una estrategia para disminuir la brecha de estudiantes rezagados (pesquisados en años anteriores pero que no han sido atendidos) producto de las restricciones presupuestarias.<sup>48</sup> El panel considera que esta estrategia es razonable en el corto plazo frente a una restricción presupuestaria, pero se estaría generando una brecha latente de estudiantes no pesquisados.

**Cuadro 8: N° de Estudiantes pesquisados con sospecha de patología Años 2019-2024<sup>49</sup>**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Columna</i>	57.051	11.099	30.232	35.691	49.154	39.721
<i>Oftalmología</i>	130.028	16.897	70.880	71.486	120.764	35.023
<i>Otorrino</i>	60.508	8.008	27.163	37.779	49.073	38.281
<i>Total</i>	247.587	36.004	128.275	144.956	218.991	113.025

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

En el tamizaje se observa un patrón similar a la pesquisa, con una caída en la pandemia y posterior recuperación. En el periodo en estudio (2021 – 2024) se observa un crecimiento total de 16% en el total de tamizajes, pero con diferencias por especialidad: columna crece un 32%, otorrino un 96%, pero oftalmología disminuye un 24%. Esta disminución se debe solo al año 2024, en que la producción es prácticamente la mitad de la del año anterior, quebrando la tendencia al alza de los años anteriores. Lo anterior se explica por la disminución de las pesquisas referida anteriormente, la que afectó proporcionalmente a oftalmología más que a las otras especialidades. Cabe señalar que en prácticamente todos los periodos el número de estudiantes tamizados es menor que la cantidad de estudiantes pesquisados, lo que se analiza en la sección 3.2.

<sup>48</sup> Para el año 2024 en otorrino y oftalmología solo se priorizó primero básico.

<sup>49</sup> Algunos estudiantes podrían presentar sospecha para más de una patología. Para el año 2024 el 7,7% de los estudiantes pesquisados presentó sospecha en dos patologías y el 0,2% en las tres patologías.

**Cuadro 9: N° de Número de estudiantes tamizados y resultado Años 2019-2024**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Columna</b>	<b>59.115</b>	<b>8.371</b>	<b>26.693</b>	<b>31.510</b>	<b>34.167</b>	<b>35.195</b>
Alterado	14.118	3.109	9.311	11.877	13.562	15.716
Sano	44.997	5.262	17.382	19.633	20.605	19.479
<b>Oftalmología</b>	<b>101.085</b>	<b>7.127</b>	<b>45.747</b>	<b>44.429</b>	<b>67.786</b>	<b>34.902</b>
Alterado	47.047	3.584	25.513	25.858	38.142	18.670
Sano	54.038	3.543	20.234	18.571	29.644	16.232
<b>Otorrino</b>	<b>47.252</b>	<b>2.616</b>	<b>17.252</b>	<b>26.215</b>	<b>31.313</b>	<b>33.822</b>
Alterado	11.825	653	5.300	7.397	10.709	10.824
Sano	35.427	1.963	11.952	18.818	20.604	22.998
<b>Total general</b>	<b>207.452</b>	<b>18.114</b>	<b>89.692</b>	<b>102.154</b>	<b>133.266</b>	<b>103.919</b>

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

En general se evalúa positivamente el aumento en la producción del componente, aunque se observa que aún está lejos de sus niveles prepandemia, sobre todo en tamizaje.

### **Componente 3**

Este componente tiene como principal actividad la realización de consultas médicas, tanto ingresos (primera consulta) como controles a estudiantes que ya están en el programa. En el periodo 2021 – 2024 se observa un sostenido crecimiento (145% en consultas totales) destacándose el área de columna, que recuperó su nivel prepandemia, lo que se evalúa positivamente.

El siguiente cuadro muestra el número de ingresos (Primera consulta) por año. En casi todos los años se observa que el número de estudiantes atendidos es menor que el número de estudiantes evaluados con daño en el tamizaje. De acuerdo al programa, esto se explica por las restricciones presupuestarias a las que ha estado sometido, lo que genera que año a año se vayan acumulando estudiantes sin atender. La excepción la constituye oftalmología en el año 2024 en que se atendieron más alumnos que los tamizados ese año, de manera de atender esa brecha de alumnos rezagados. Sin embargo, eso se hizo a costa de una reducción en las pesquias y tamizajes.

**Cuadro 10: N° de Ingresos Años 2019-2024**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Columna</b>	10.367	773	3.816	5.265	9.860	10.776
<b>Oftalmología</b>	51.380	4.575	16.763	13.839	24.695	39.905
<b>Otorrino</b>	10.352	655	3.591	4.051	5.160	8.597
<b>Total</b>	72.099	6.003	24.170	23.155	39.715	59.278

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

En cuanto a los controles, el siguiente cuadro muestra el número de estudiantes que recibieron al menos un control cada año<sup>50</sup>.

<sup>50</sup> Menos de un 1% recibe más de un control el mismo año, incluyendo los que tienen ingreso ese año.

**Cuadro 11: N° de estudiantes que reciben control. Años 2019-2024**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Columna</i>	8.724	2.592	4.489	4.100	5.789	7.699
<i>Oftalmología</i>	95.808	34.291	67.124	47.189	57.532	55.710
<i>Otorrino</i>	10.730	3.143	6.538	5.916	5.011	6.621
<i>Total</i>	115.262	40.026	78.151	57.205	68.332	70.030

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

En el periodo 2021 – 2024 se observan tendencias distintas en el número de estudiantes que reciben control según cada especialidad. Mientras que las atenciones de columna aumentan significativamente, las de oftalmología muestran una tendencia a la baja y las de otorrino se mantienen relativamente constantes. De acuerdo con el Programa, la disminución en controles de oftalmología se produce por la disminución presupuestaria, ya que se tomó la decisión de disminuir la brecha de tamizajes acumulados por rezago producto de la pandemia, provocando un aumento de ingresos en el año siguiente, reduciendo coberturas para atenciones médicas de control.

#### **Componente 4**

Este componente comprende la entrega de tratamientos a los estudiantes que lo requieren (audífonos, implantes auditivos, lentes, corsés y realces), así como prestaciones de apoyo como exámenes diagnósticos y kinesioterapia. Se puede observar en que la mayoría de los estudiantes que recibe tratamiento se encuentra en la especialidad de oftalmología mientras que los estudiantes con tratamiento en otorrino y columna son bastante bajos en relación a las consultas. Esto se debe, en el caso de columna, a que la mayoría de los casos son leves o moderados que no requieren de corsé o realce y se les indica solo ejercicios. El caso de otorrino es similar, debido a que en muchos casos la pérdida de audición se debe a otitis u otras patologías, que se resuelven con tratamiento farmacológico, o a tapones de cerumen que son resueltos por el médico.<sup>51</sup>

**Cuadro 12: N° de estudiantes que reciben tratamiento. Años 2019-2024**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Columna</b>	<b>471</b>	<b>150</b>	<b>238</b>	<b>175</b>	<b>333</b>	<b>429</b>
Corsé	61	17	22	17	44	57
Realce	410	133	216	158	289	372
<b>Oftalmología</b>	<b>122.331</b>	<b>47.596</b>	<b>37.702</b>	<b>64.605</b>	<b>45.427</b>	<b>101.636</b>
Lentes	122.331	47.596	37.702	64.605	45.427	101.636
<b>Otorrino</b>	<b>457</b>	<b>162</b>	<b>398</b>	<b>594</b>	<b>448</b>	<b>589</b>
Audífonos	451	162	358	418	402	525
Implantes	6	-	40	176	46	64
<b>Total</b>	<b>122.337</b>	<b>47.596</b>	<b>37.742</b>	<b>64.781</b>	<b>45.473</b>	<b>102.636</b>

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

<sup>51</sup> El campo que indica el diagnóstico no está estandarizado por lo que no es posible dar un porcentaje de estos datos sin un trabajo previo de homologación.

### 3.2. Cobertura del programa (por componentes en los casos que corresponda)

En este programa en particular, los componentes funcionan secuencialmente en un proceso por etapas en el que se van filtrando los estudiantes que efectivamente tienen una o más de las patologías cubiertas por el programa. De esta forma, la población beneficiaria de una etapa es un subconjunto de la población de la etapa anterior. Por este motivo el análisis de cobertura se realizará siguiendo esta misma lógica a través de los componentes 2, 3 y 4.

Los indicadores de cobertura calculados en esta sección corresponden a los indicadores de eficacia de cada componente en la MML propuesta por el Panel (Anexo 2D)

#### Componente 2

En el siguiente cuadro se muestra el porcentaje que representan los estudiantes con sospecha sobre el total de estudiantes que deberían haber sido evaluados por el profesor (matricula de los establecimientos adscritos en los cursos focalizados). Se observa que los porcentajes más altos de estudiantes con sospecha se encuentran en columna, seguido de oftalmología y otorrino.

**Cuadro 13: Porcentaje de estudiantes con sospecha sobre estudiantes priorizados. Años 2021-2024**

	2021	2022	2023	2024
<i>Oftalmología</i>	16,4%	15,9%	19,9%	6,9%
<i>Columna</i>	22,1%	24,9%	24,5%	22,8%
<i>Otorrino</i>	9,2%	12,3%	11,9%	11,3%

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB y Mineduc

Combinando los datos de pesquisa con los de tamizaje podemos ver la cobertura de este último, es decir qué porcentaje de los estudiantes a los que se les detectó sospecha fueron efectivamente tamizados. Los datos del siguiente cuadro muestran que ésta difiere por especialidad, siendo más alta en columna. Asimismo, se observa una tendencia decreciente en la cobertura de tamizaje con respecto a los pesquisados, lo que se evalúa negativamente, ya que implica que estudiantes con sospecha de daño no son tamizados para confirmar el diagnóstico y por ende no recibirán atención en caso de requerirla. En el año 2024 se observa un aumento de la cobertura, pero esto es a costa de una menor actividad de pesquisa, no de más tamizajes, lo que es especialmente relevante en la especialidad de oftalmología.

**Cuadro 14: Porcentaje de cobertura de tamizaje Años 2021-2024**

	2021	2022	2023	2024
<i>Columna</i>	88%	88%	70%	89%
<i>Oftalmología</i>	65%	62%	56%	100%
<i>Otorrino</i>	64%	69%	64%	88%
<i>Total</i>	70%	70%	61%	92%

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

### **Componente 3**

Si analizamos la cobertura de consultas, es decir el porcentaje de estudiantes tamizados positivos en determinado año que acceden a su primera consulta el mismo año, se obtienen los resultados del siguiente cuadro. No se observa una tendencia clara en el periodo 2021 – 2024, pero sí llama poderosamente la atención el año 2024 en la especialidad de oftalmología en que se realizaron más del doble de consultas que el número de estudiantes tamizados positivos ese año, esto se debe, como se señaló anteriormente, a que el Programa concentró los recursos en atender la brecha de estudiantes no atendidos en consulta en años anteriores.

**Cuadro 15: Cobertura de primera consulta Años 2021-2024**

	2021	2022	2023	2024
<i>Columna</i>	41%	44%	73%	69%
<i>Oftalmología</i>	66%	54%	65%	214%
<i>Otorrino</i>	68%	55%	48%	79%
<i>Total (Promedio)</i>	60%	51%	64%	131%

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

Dado que no todos los estudiantes detectados con sospecha por los profesores son tamizados y no todos los que son considerados con daño en el tamizaje acceden a una consulta el mismo año, podemos calcular la probabilidad que tiene un estudiante con daño de acceder una consulta el mismo año. Tomemos como ejemplo la especialidad de traumatología en el año 2024: un alumno con sospecha de daño tiene un 89% de probabilidad de ser atendido en tamizaje (Cuadro 14); si es tamizado y derivado a consulta, tiene un 69% de probabilidad de acceder a ella (Cuadro 15). Por lo tanto, un estudiante que haya sido correctamente pesquisado por su profesor con alteración de columna tendría una probabilidad de  $0,89 \times 0,69 = 0,61$  de acceder a la consulta del traumatólogo. Esto quiere decir que solo el 61% de los alumnos correctamente pesquisados fue atendido por el médico especialista. Los resultados para todas las especialidades y años se muestran en el cuadro 16

**Cuadro 16: Probabilidad de acceder a primera consulta. Años 2021-2024**

	2021	2022	2023	2024
<i>Columna</i>	36%	39%	51%	61%
<i>Oftalmología</i>	42%	33%	36%	213%
<i>Otorrino</i>	43%	38%	31%	70%

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

Podemos apreciar que para un estudiante que requiera atención lo más probable es que no pueda acceder a una consulta a través del programa, lo que se evalúa negativamente. Más aún, estos valores sobrestiman la probabilidad de acceder por dos motivos: (1) puede haber falsos negativos (estudiantes con la necesidad y clasificados como sanos) en las etapas de pesquisa y tamizaje.<sup>52</sup> (2) La existencia de alumnos “rezagados” de años anteriores que compiten por el acceso a consultas con los del año en curso.<sup>53</sup> Esta última distorsión se evidencia sobre todo en el año 2024, en que en oftalmología aparece un porcentaje mayor a 100%, lo que se debe a que ese año se disminuyeron las pesquisas y tamizajes y se priorizó atender población rezagada.

<sup>52</sup> Para calcular la tasa de falsos negativos se deberían realizar auditorías que tomaran muestras de alumnos considerados sanos en pesquisa y tamizaje para ser evaluados por un especialista que confirme el diagnóstico.

<sup>53</sup> La identificación de que alumnos atendidos son rezagados y cuáles son del año en curso requiere de un análisis de datos que va más allá del alcance de esta evaluación.

#### **Componente 4**

Para evaluar este componente el indicador propuesto en la Matriz de Marco Lógico es el porcentaje de estudiantes con indicación de tratamiento que efectivamente lo reciben. Si bien las bases de datos del programa tienen campos para la indicación de tratamiento y el diagnóstico, estos no están estandarizados, por lo que no es posible identificar claramente el número de estudiantes con cada indicación. Por ello en su lugar se utilizó como denominador el número de estudiantes con consulta de ingreso para otorrino y columna y el número de ingresos y controles en el caso de oftalmología, ya que es común que los lentes se cambien en cada control. Para el caso de columna se observa que una baja proporción de los estudiantes recibe tratamiento de corsé o realce; esto se debe, según el programa, a que la mayoría de los casos son leves o moderados que no requieren estos tratamientos y se les indica solo ejercicios. El caso de otorrino es similar, debido a que en muchos casos la pérdida de audición se debe a otitis u otras patologías, que se resuelven con tratamiento farmacológico, o a tapones de cerumen que son resueltos por el médico.<sup>54</sup> En oftalmología se observa un patrón en que a años con bajo porcentaje le siguen un año con porcentaje mayor al 100%; esto se explicaría por los retrasos que han ocurrido en la entrega de lentes, que hacen que estudiantes con prescripción en un año reciban sus lentes en el año calendario siguiente.

Dado que estos indicadores no están basados en la indicación de tratamiento no es posible hacer un juicio evaluativo sobre la efectividad de este componente, pero si se puede hacer la recomendación de analizar con más detención la tendencia decreciente en la entrega de audífonos y la ya mencionada tendencia oscilante en los lentes. Por otro lado, se evalúa negativamente que los datos con que cuenta el programa no permitan dar un seguimiento al cumplimiento de las indicaciones y se recomienda que se estandarice la forma de registro.

**Cuadro 17: Cobertura de tratamiento Años 2019-2024**

	2021	2022	2023	2024
<b>Columna</b>	<b>6%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>
Corsé	1%	0%	0%	1%
Realce	6%	3%	3%	3%
<b>Oftalmología</b>	<b>45%</b>	<b>106%</b>	<b>55%</b>	<b>106%</b>
Lentes	45%	106%	55%	106%
<b>Otorrino</b>	<b>11%</b>	<b>15%</b>	<b>9%</b>	<b>7%</b>
Audífonos	10%	10%	8%	6%
Implantes	1%	4%	1%	1%

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

#### **Análisis por género**

En cuanto al análisis de género, no obstante que el programa señala que “la oferta programática de Salud Escolar ha ido incorporando evidencia que da cuenta de prevalencias más altas vinculadas al sexo género, y que sin duda hace necesario realizar seguimiento de manera de poder identificar cuáles son las causas que explican dicha condición” (Junaeb, 2022p17), el programa no utiliza el enfoque de género en su diseño ni ejecución. Sólo realiza un registro de la población y producción que considera la **desagregación por sexo** de los/as estudiantes.

<sup>54</sup> Estas explicaciones no se pueden verificar en los datos por las razones expuestas anteriormente.

En 2020 se encontró que “a nivel de cobertura el acceso de las mujeres es mayor que el de los hombres, esto se mantiene, por lo que se hace necesario verificar a la luz de las prevalencias y evidencia que existe” (Junaeb, 2022p18), sin embargo, no se han desarrollado estrategias específicas.

Al analizar la distribución de los estudiantes pesquisados con sospecha de daño, se observa que en todas las especialidades hay un mayor porcentaje de niños, siendo más marcado en otorrino. El mismo patrón se repite para los tamizajes, sin embargo, en el caso de las consultas de oftalmología se observa que acceden más las niñas que los niños.

**Cuadro 18: Distribución de estudiantes con sospecha de daño por sexo Período 2021-2024**

	Columna		Oftalmología		Otorrino	
	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños
2019	49%	51%	50%	50%	46%	54%
2020	49%	51%	49%	51%	45%	55%
2021	49%	51%	49%	51%	46%	54%
2022	48%	52%	50%	50%	45%	55%
2023	49%	51%	50%	50%	46%	54%

**Cuadro 19: Distribución de estudiantes tamizados por sexo Período 2021-2024**

	Columna		Oftalmología		Otorrino	
	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños
2019	50%	50%	52%	48%	47%	53%
2020	48%	52%	49%	51%	45%	55%
2021	49%	51%	50%	50%	47%	53%
2022	49%	51%	51%	49%	47%	53%
2023	49%	51%	51%	49%	47%	53%
2024	49%	51%	50%	50%	47%	53%

**Cuadro 20: Distribución de estudiantes atendidos en consulta por sexo Período 2021-2024**

	Columna		Oftalmología		Otorrino	
	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños
2019	56%	44%	54%	46%	49%	51%
2020	59%	41%	54%	46%	48%	52%
2021	54%	46%	53%	47%	49%	51%
2022	54%	46%	52%	48%	48%	52%
2023	51%	49%	52%	48%	51%	49%

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

### **3.3. Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales (cumplimiento de objetivos de propósito y fin).**

El programa no utiliza indicadores en el Fin de la matriz de marco lógico siguiendo indicaciones de Mideso y Dipres. El panel recomienda que se incluyan este tipo de indicadores y propone construirlos en base a la comparación de variables de la trayectoria escolar (deserción, repitencia u otra) entre los estudiantes declarados sanos en el tamizaje y los estudiantes efectivamente tratados.

El indicador de eficacia propuesto por el panel para la MML es la cobertura efectiva por prevalencia, es decir el porcentaje de estudiantes que reciben tratamiento o se encuentran en control de salud visual, auditiva y postural respecto de la población objetivo estimada en base a las prevalencias. Para ello, se requeriría de un indicador calculado para cada estudiante, que indique si está al día con sus controles y si ha recibido tratamiento, el cual actualmente no existe en las bases de datos del programa. Este indicador podría construirse con la información actualmente disponible, pero se requiere de un trabajo mayor de procesamiento de datos, capacidad que, como ya se ha indicado, el programa no posee. El panel considera una falencia importante del programa el no poder contar con este y otros indicadores mencionados en este informe.

### **3.4. Calidad**

El programa señala que aplica encuestas de satisfacción usuaria que son de carácter muestral sin representación estadística del universo, que se aplican al acompañante del estudiante a nivel de la atención médica o tamizaje y que permite obtener la visión respecto de cómo el usuario percibe dicha atención. Esta encuesta es aplicada por el personal de cada región y no son anónimas (información detallada en anexo 3).

En la encuesta realizada para evaluar a los prestadores de tamizaje y atención médica, se aplican 10 encuestas como mínimo a cada prestador de tamizaje y atención médica y en el caso de aquellos prestadores que contaban con más de un profesional, y se debe aplicar la encuesta a distintos prestadores profesionales y en diferentes momentos del año.

Existe una segunda encuesta que se denomina de Uso y Valoración de tratamientos para lentes ópticos, audífonos y corsé: Corresponde a encuestas aplicadas a los estudiantes sobre el uso de estos tratamientos y permite conocer su grado de adhesión y aceptación al tratamiento.

El programa informa los indicadores de satisfacción con la atención recibida por las personas beneficiarias de acuerdo a las especialidades médicas y no por componente. Además, no se encuentran separados por sexo ni por regiones.

A continuación, se muestra la satisfacción usuaria con la atención por especialidad médica y su cumplimiento de la meta por año desde 2019 a 2024.

**Cuadro 21: Indicador de Satisfacción usuaria por especialidad médica. Chile 2019 - 2024<sup>55</sup>**

Año de Consulta	Estándar / meta	2019	2020	2021	2022	2023	2024 <sup>56</sup>
Especialidad							
Oftalmología	>= 95%	96,88 % Si Cumple	98,64 % Si Cumple	96,87 % Si Cumple	98,10 % Si Cumple	95,98 % Si Cumple	
Otorrinología		98,26 % Si Cumple	93,52 % No Cumple	95,19 % Si Cumple	99,41 % Si Cumple	98,20 % Si Cumple	
Traumatología		98,80 % Si Cumple	100,00 % Si Cumple	100,00 % Si Cumple	97,40 % Si Cumple	98,46 % Si Cumple	

Fuente: Programa

El panel evalúa el grado de satisfacción de las personas beneficiarias como óptimo (rango de 93 % en otorrinología en 2020 y 100% en traumatología 2021). Además, es destacable que solo en 2020, en plena pandemia, en otorrinología no se haya alcanzado la meta.

Por otra parte, al analizar la base de datos con los resultados de 2024<sup>57</sup> en las otras variables relacionadas con la satisfacción con la atención recibida, los resultados son los siguientes:

**Cuadro 22: Resultados encuesta de Satisfacción de usuarios 2024**

	Sí	No
¿Considera Ud. que el profesional fue amable y mostró disposición para atender y responder sus preguntas?	98%	2%
¿Volvería a atender al niño con el mismo profesional?	99%	1%
¿Considera Ud. que la secretaria fue amable y mostró disposición a atender y responder sus preguntas?	99%	1%
¿Considera Ud. que la atención otorgada contribuye a la integración y rendimiento escolar del niño?	99%	1%

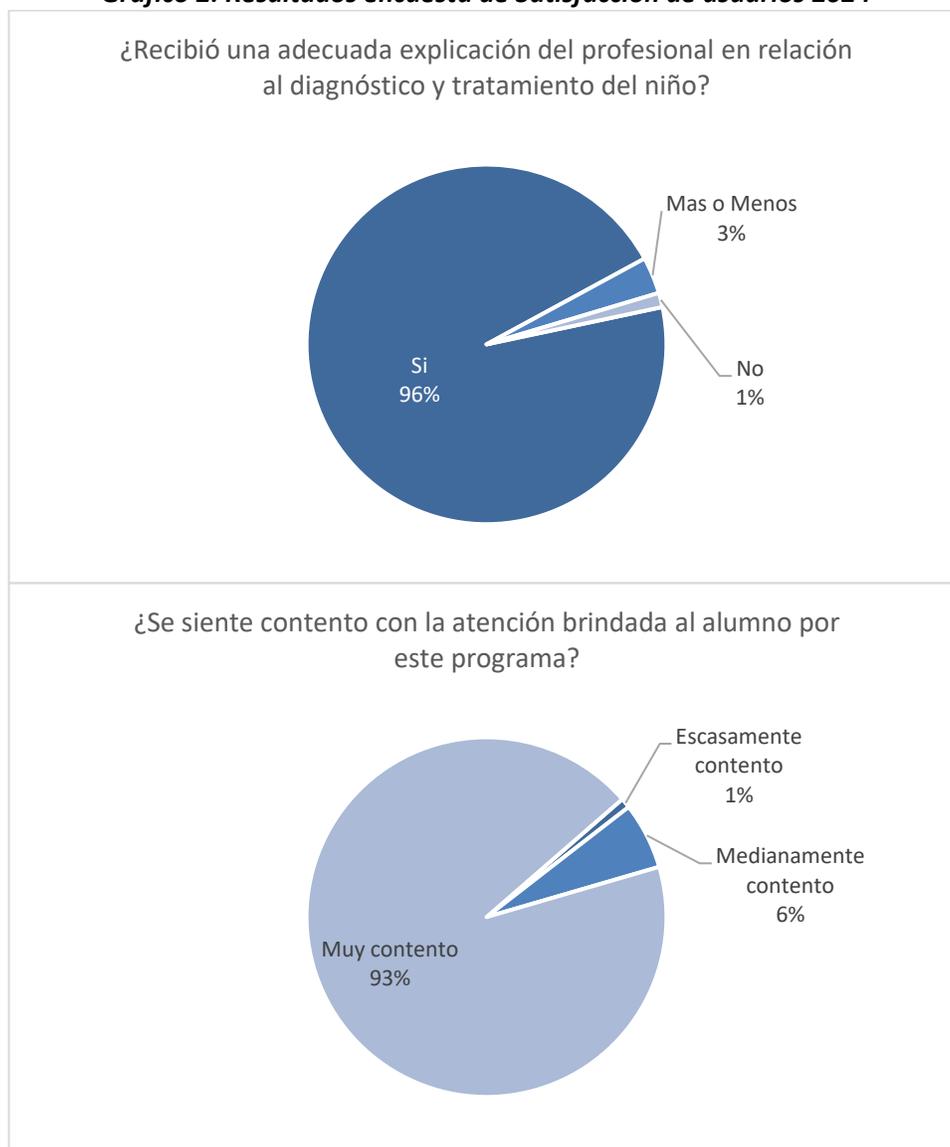
Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el programa.

<sup>55</sup> Se extraer de la Encuesta ABMODIFICADA. en la pregunta "E: ¿Cómo califica la atención que recibió el niño?" las respuestas 1 (muy bueno) y/o 2 (bueno), relacionada con la totalidad de las encuestas aplicadas en las AM de la especialidad.

<sup>56</sup> Al momento del cierre del presente informe no se contaba con las cifras de 2024.

<sup>57</sup> El programa solo disponibilizó los datos de 2024.

**Gráfico 2: Resultados encuesta de Satisfacción de usuarios 2024**



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el programa.

Además, el programa mide la oportunidad de acceso a la detección precoz, a la atención médica y al tratamiento para evaluar los resultados de la gestión anual programática. Lo señalado, implica que cada región debe realizar esta tarea analizando con precisión el origen de los datos a considerar para cada indicador, realizando su registro, análisis y propuestas verificables y concretas de mejora en cada dimensión.

El programa informa indicadores de calidad de acuerdo con las especialidades médicas y no por componente. Además, no se encuentran separadas por sexo. A continuación, se muestran los indicadores y su nivel de cumplimiento de metas/estándares por año.

**Cuadro 23: Indicadores de calidad en oftalmología. Chile 2019 - 2024**

Año de Consulta:	Estándar / meta	2019	2020	2021	2022	2023	2024 <sup>58</sup>
<b>ACCESO A SERVICIOS</b>							
1. % niños de 1° básico pesquisados con sospecha de daño por el profesor en relación a matrícula con INA de 1° básico.	15-18%	22,54 % No Cumple	70,11 % No Cumple	19,15 % No Cumple	25,44 % No Cumple	28,33 % No Cumple	
2. % de niños 1° básico pesquisados que fueron atendidos por tamizaje. Solo para pesquisado	80-100%	78,93 % No Cumple	48,06 % No Cumple	77,21 % No Cumple	112,32 % No Cumple	74,81 % No Cumple	
3. Focalización en oftalmología a nivel de pesquisa	95-100%	94,99 % No Cumple	97,67 % Si Cumple	89,83 % No Cumple	91,57 % No Cumple	94,06 % No Cumple	
4. % de niños de 1° básico regional atendidos por tamizaje de barrido en relación a la matrícula INA regional 1° Básico (busca saber cuánto se cubre con barrido en este nivel educativo)	20-50%	12,75 % No Cumple	11,81 % No Cumple	3,02 % No Cumple	70,72 % No Cumple	17,19 % No Cumple	
5. Focalización a nivel de especialista	80-100%	63,68 % No Cumple	47,49 % No Cumple	58,51 % No Cumple	73,58 % No Cumple	52,17 % No Cumple	
<b>OPORTUNIDAD<sup>59</sup></b>							
Latencia entre la indicación del lente óptico (orden de compra) y la entrega al estudiante. (se extrae de la plataforma de lentes)	<= 30 Días Hábiles	28,80 Si Cumple	20,91 Si Cumple	62,50 No Cumple	28,38 Si Cumple	34,92 No Cumple	

Fuente: Programa

El cumplimiento de los estándares/metos es mayoritariamente negativo no observándose diferencias importantes entre el período pandémico y post pandémico. En general se encuentra una sobrepesquisa de posibles casos oftalmológicos, junto con un porcentaje de tamizaje y de focalización cercanos a la meta de 80% y 95% respectivamente.

El tamizaje de barrido es una estrategia que tiene un costo asociado, por lo que su uso queda acotado a las zonas geográficas alejadas, por lo que no extraña encontrar cifras por debajo del 20% mínimo solicitado. En 2022 este indicador superó el 70% y el programa lo cataloga como no cumplido ya que superó el 50% establecido como techo (este resultado explica el sobre tamizaje encontrado en el indicador anterior). Sin embargo, en una situación con déficit de cobertura efectiva es recomendable implementar estrategias ampliadas como esta, por lo que el estándar debe ser revisado<sup>60</sup>.

<sup>58</sup> Al momento del cierre del presente informe no se contaba con las cifras de 2024.

<sup>59</sup> De acuerdo a la metodología de marco lógico este es el único indicador de calidad de los presentados en la tabla.

<sup>60</sup> El programa no ha explicitado las razones por las cuales hay un incumplimiento tan elevado de la focalización a nivel de oftalmólogo (el año 2022 es el más cercano a la meta de 80% mínimo), así como tampoco los incumplimientos del indicador de latencia de entrega de lentes en 2021 y 2023.

**Cuadro 24: Indicadores de calidad en Otorrinología. Chile 2019 – 2024**

Año de Consulta:	Estándar / meta	2019	2020	2021	2022	2023	2024 <sup>61</sup>
<b>ACCESO A SERVICIOS</b>							
1. % niños de 1° básico pesquisados con sospecha de daño por el profesor en relación a matrícula con INA de 1° básico.	= 10%	12,61 % No Cumple	31,14 % No Cumple	28,28 % No Cumple	13,64 % No Cumple	24,48 % No Cumple	
2. % de niños 1° básico pesquisados que fueron atendidos por tamizaje. Solo para pesquisado	80-100%	75,01 % No Cumple	40,21 % No Cumple	60,52 % No Cumple	71,13 % No Cumple	87,40 % Si Cumple	
3. % de niños pesquisados de los cursos focalizados según orientación (pk-k-1)	95-100%	96,06 % Si Cumple	96,57 % Si Cumple	87,20 % No Cumple	91,56 % No Cumple	96,55 % Si Cumple	
4. Focalización a nivel de especialista	80-100%	82,04 % Si Cumple	71,76 % No Cumple	69,73 % No Cumple	86,28 % Si Cumple	90,05 % Si Cumple	
<b>OPORTUNIDAD</b>							
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 Hábiles	33,00 Si Cumple	32,78 Si Cumple	46,00 No Cumple	68,91 No Cumple	143,87 No Cumple	

Fuente: Programa

En otorrinología también el cumplimiento de los estándares/metastas es mayoritariamente negativo no observándose diferencias importantes entre el período pandémico y post pandémico. En general se encuentra una importante sobrepesquisa de posibles casos audiológicos, junto con un % de tamizaje cercanos a la meta de 80%, siendo solo cumplido en 2023. El indicador de focalización solo no se cumplió en los años de pandemia<sup>62</sup>.

**Cuadro 25. Indicadores de calidad en Traumatología. Chile 2019 – 2024**

Año de Consulta:	Estándar / meta	2019	2020	2021	2022	2023	2024 <sup>63</sup>
<b>ACCESO A SERVICIOS</b>							
1. % niños de 7° básico pesquisados con sospecha de daño por el profesor en relación a matrícula con INA de 7° básico (pesquisa)	15-20%	20,43 % No Cumple	51,02 % No Cumple	26,93 % No Cumple	19,00 % Si Cumple	26,08 % No Cumple	
2. % de niños 7° básico pesquisados que fueron atendidos por Tamizaje. (pesquisa) Mide adhesión	85-100%	89,20 % Si Cumple	61,03 % No Cumple	80,41 % No Cumple	85,32 % Si Cumple	90,49 % Si Cumple	
3. % de niños pesquisados de 7° básico según orientación (focalización).	>= 95%	89,13 % No Cumple	98,07 % Si Cumple	84,19 % No Cumple	103,95 % Si Cumple	97,51 % Si Cumple	
4. % de niños de 7° básico que fueron atendidos por tamizaje de barrido en relación matrícula de 7° básico según INA	>= 30%	38,41 % Si Cumple	14,53 % No Cumple	11,02 % No Cumple	26,03 % No Cumple	33,22 % Si Cumple	
5. % de niños focalizados a nivel de especialista	>= 85%	78,61 % No Cumple	66,81 % No Cumple	74,13 % No Cumple	67,13 % No Cumple	69,58 % No Cumple	
<b>OPORTUNIDAD</b>							
Tiempo de latencia entre la indicación de corsé y la entrega efectiva al niño. (en regiones con entrega indirecta por parte del prestador)	<= 45 Días Hábiles	25,75 Si Cumple	21,00 Si Cumple	23,50 Si Cumple	39,00 Si Cumple	31,87 Si Cumple	

<sup>61</sup> Al momento del cierre del presente informe no se contaba con las cifras de 2024.

<sup>62</sup> El programa no ha explicitado las razones por las cuales hay un incumplimiento tan elevado de la del indicador de latencia de entrega de audífonos sobre todo en 2022 y 2023.

<sup>63</sup> Al momento del cierre del presente informe no se contaba con las cifras de 2024.

Fuente: Programa

El cumplimiento de los estándares/metras en traumatología es mayoritariamente negativo (excepto en el caso de % de tamizaje y latencia de entrega de corsé), no observándose diferencias importantes entre el período pandémico y post pandémico, a excepción del indicador de % de tamizaje. En general se encuentra una sobrepesquisa de posibles casos ortopédicos, excepto en 2022.

El % de tamizaje y de focalización superan la meta de 85% y 95% respectivamente en los años 2022 y 2023.

En 2023 este indicador de tamizaje de barrido superó la meta del 30%. El programa no explica por qué en este caso el estándar solo tiene un mínimo y no además un máximo como en oftalmología<sup>64</sup>. No obstante, lo anterior, hay muy buen cumplimiento en el tiempo de latencia de entrega de corsé siendo siempre menores al estándar de 45 días.

El panel evalúa que los indicadores de calidad mostrados para el período en evaluación tienen un cumplimiento moderado/bajo, sin mostrar ninguna tendencia en particular. Esto abre una oportunidad de mejora significativa ya que muchos de los aspectos que no alcanzan una evaluación dentro de los estándares son susceptibles de abordar no tan solo desde los instrumentos administrativos (bases de licitación) o normativos (orientaciones técnicas), sino que desde la realización de auditorías programadas en las diferentes etapas de la ejecución de los componentes.

## 4. ECONOMÍA

### 4.1. Antecedentes presupuestarios

El presupuesto total del programa es estimado ya que hasta el momento no se ha desarrollado una real identificación y valoración de los aportes que realizan las comunidades educativas y municipales, por medio de sus coordinadores, que implementan la iniciativa, y tampoco de los apoyos que brindan los expertos, universidades en convenio, entre otros. No obstante, existe consenso desde Junaeb, DIPRES y el Panel durante el período de evaluación que es central y crítico generar una estimación de ellos, ya que no solo aportan a la gestión (gasto administrativo) sino que también para el desarrollo de acciones fundamentales en los componentes (por ejemplo, la pesquisa que es realizada por los docentes).

Los recursos del programa, que son los asignados por Junaeb, se han reducido en un 24% entre 2021 y 2025 y, además su funcionamiento, se apalanca en las acciones que realizan las comunidades educativas y municipales en los territorios, cuyo aporte central se asocia a la valoración monetaria de recurso humano. Para el año 2024 se estima que el presupuesto total del programa, que incluye una estimación del aporte de terceros, fue de \$20.089 millones, pero de los cuales un 41% es aportado por el gobierno central (cuadro 26). La valoración del aporte de terceros realizada se considera “un desde”, ya que busca reflejar costo directo en ejecución de prestaciones como de coordinación general del territorio y no contempla las posibles compras o externalizaciones de servicios que realicen para dar cumplimiento a las acciones del programa, los que también serían parte del gasto administrativo del programa.

Bajo esta panorámica, el programa y su aporte se basa en la entrega de los servicios y prestaciones de salud, pero el recurso humano que permite su ejecución en gran parte lo aporta el gobierno municipal. El presupuesto asignado al programa ha caído de forma bastante sistemática, exceptuando 2023, pero como en ese mismo año se tuvo una ejecución del 89% se planificó para al año siguiente un menor presupuesto que lleva a asignar en 2024, \$6.884 millones, la cifra más baja en los últimos 10 años. En específico, el aporte central que realiza Junaeb en términos

---

<sup>64</sup> El programa no ha explicitado las razones por las cuales hay un incumplimiento tan elevado de la focalización a nivel de traumatólogo.

presupuestarios es para el financiamiento para las acciones de tamizaje, tratamiento y continuidad de tratamiento, tanto de consultas médicas de monitoreo como recambio de dispositivos.

Durante el período de evaluación el programa presentó dificultades en su ejecución, en algunos años como 2021 y 2023 sustanciales con niveles de ejecución inferiores a al 85% del presupuesto inicial (Cuadro N°3 Anexo 4), lo que se funda en los documentos entregados durante la evaluación y corroborado en las entrevistas realizadas. El programa no solo fue impactado por la pandemia, que llevó a reducir al mínimo múltiples iniciativas debido a la emergencia sanitaria y a que los niños, niñas y adolescentes no iban de forma presencial a la escuela, sino que también a los cambios institucionales que sufrió Junaeb, que van desde cambios en la orgánica a las prioridades de Junaeb (Anexo 3C). También ha sido afectada por decisiones operativas, como la eliminación del convenio marco y la centralización de las compras en la Dirección Nacional, la cual, según lo señalado en las entrevistas, no tenía mayor experiencia en la gestión de adquisiciones masivas. Además, debido a los montos involucrados, estas compras deben ser tramitadas por la Contraloría, a diferencia de cuando se realizaban directamente en las regiones (que presentan montos menores).

La lógica y el diseño presupuestarios se han basado en la ejecución previa en vez de una proyección basada en necesidades y metas de cobertura, tal como se estima en la programación de solicitud que realiza el programa para fines de la formulación presupuestaria (Anexo 3C). Por lo que se observa que el presupuesto ha sido “castigado” por las subejecuciones, sumado a una falta de priorización en el programa por parte de Junaeb. Esto ha llevado a que el programa funcione de acuerdo con un marco de recursos máximo que los lleva a una asignación de recursos basada en número de prestaciones o casos o vacantes (utilizaremos estos conceptos de forma indistinta a lo largo de la evaluación) de acuerdo con criterios generales entregados por el nivel central (estudiantes de 4° medio, controles, casos clínicamente complejos, etc.) que luego son adaptados por los niveles regionales según las particularidades de cada territorio (ruralidad, vulnerabilidad extrema, etc.) Esta evaluación da cuenta de que el proceso de formulación y luego definición del presupuesto lleva consigo a una implementación ajustada basada en números de atención por realizar, con la aplicación de criterios de priorización no estandarizados, lo que puede generar inequidades en salud debido a los cambios anuales en estos criterios en cada territorio. Por ejemplo, en ciertas localidades se ha decidido aplicar pesquisa y tamizaje en niveles educativos no contemplados en las orientaciones técnicas oficiales, como resultado de decisiones locales.

Según las entrevistas realizadas, tanto lo presupuestario como los cambios en el modelo de gestión, entendido como cambios en la gobernanza y funciones internas, han afectado el cumplimiento del propósito y componentes del programa y los lleva a “*hacer lo que se puede*” vale decir ajustar la oferta de servicios al presupuesto asignado. Ejemplo de ello, es que el componente de Promoción de Salud solo tuvo cierto presupuesto para los años 2021 y 2022, que existe población con necesidad sin atender, entre otras.

**Cuadro 26: Planificación Presupuestaria del programa 2021-2025 (miles de \$2025)**

Año	Presupuesto total del programa <sup>1</sup>	Presupuesto inicial del Programa proveniente de la Institución responsable	Presupuesto vigente del Programa proveniente de la Institución responsable	Planificación presupuestaria (%)
		(a)	(b)	(b/a)
2021	22.142.165	9.055.547	7.444.510	82%
2022	20.496.926	8.382.688	7.813.272	93%
2023	21.065.928	8.615.395	7.639.935	89%
2024	20.089.721	8.195.028	8.184.941	100%
2025	16.833.683	6.884.521		
% Variación 2021-2025	-24,0%	-24,0%		

(1) Corresponde a una estimación bruta que contempla los aportes de terceros, ya que se requiere un levantamiento preciso de las funciones, tareas y tiempos que requieren su realización para su valorización. Se estima para 2024 y se mantiene la relación del gasto para los otros años en evaluación.

Fuente: Anexo 4. Ficha de Presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos del Programa. Estimaciones de Junaeb y estimaciones del Panel.

El programa se sustenta en la ejecución realizada por las comunidades educativas. Sin ellos, no sería posible la realización de las acciones de salud que permiten a los estudiantes cerrar brechas objetivas y solucionables con una tecnología sanitaria (lentes, audífono y corsé-realce, etc.). Cabe volver a destacar que no hay otra oferta programática del Estado que se haga cargo de esta necesidad en esta población. Dado lo anterior, el programa logra gestionar e involucrar a las comunidades para que aporten recursos al desarrollo de esta actividad, no solo desde lo administrativo, sino que, en el desarrollo de los componentes del programa, principalmente en lo que respecta Promoción de Salud y a la acción de pesquisa.

Durante el período de evaluación, el presupuesto asignado en ley de presupuestos se ha ido rebajando, llegando a ser para 2025 \$6.844 millones. El presupuesto observado en la ley es un reflejo de la decisión de Junaeb y Mineduc respecto a la composición de su gasto programático. En Anexo 3 se señala y explica que el proceso financiero sigue la lógica tradicional de la gestión financiera pública que es que: primero se realiza la formulación donde el Programa genera una solicitud basada en la programación y por tanto necesidad efectiva y proyectada que han analizado ya sea por medio de su monitoreo y evaluación, segundo se decide al interior de Junaeb la asignación de recursos en los programas de Salud y otros, tercero pasa a ser aprobado o ajustado de acuerdo a los lineamientos de Mineduc; y finalmente todo esto se apalanca al marco de recursos otorgado por Ministerio de Hacienda (Minhac) a Junaeb. Cabe señalar que en el proceso de asignación al interior de Junaeb ya se cuenta con un marco de gasto comunicado por Minhac, por lo tanto, es acá donde se ajusta la programación en base a recursos disponibles. En vista de ello, es que los recursos asignados al no responder a la programación que se basa en la necesidad poblacional efectiva es que no se logra alcanzar la cobertura deseada que es llegar a toda la población objetivo.

En base a la información entregada por Dipres y las entrevistas a profesionales de Junaeb, el Panel clasifica el presupuesto del programa, como tipo “presupuesto fijo”<sup>65</sup> y sus recursos son destinados a producción de los componentes y no para la gestión de la producción de los servicios.

<sup>65</sup> Presupuesto Fijo corresponde a una asignación financiera no asignada a resultados y que delega la responsabilidad de cobertura y calidad a la institución ejecutora y a la vez permite flexibilidad ya que no delimita ni ordena en qué se debe gastar esos recursos o cómo debe hacerse.

Este tipo de mecanismos fomenta la contención de costos; sin embargo, cuando el presupuesto es limitado, puede derivar en una reducción de la cobertura y/o calidad del programa, dependiendo de su naturaleza. En este caso, la disminución ha ocurrido en la cobertura, ya que los servicios de salud y los insumos se adquieren mediante licitaciones que buscan garantizar la calidad técnica de la prestación (servicio de salud o dispositivos) conforme a los criterios establecidos en las bases de licitación. Las entrevistas realizadas nos indican que se ha velado por mantener una alta calidad técnica en las bases de licitación y que los cupos o vacantes también han tenido que ajustarse a la baja en base al incremento de costos que se ha dado en el mercado. Como no se cuenta con auditorías, no se puede asegurar que efectivamente lo comprado sea lo pactado y respete la calidad exigida.

Este punto es especialmente relevante, dado que el costo de estos servicios ha aumentado en línea con la inflación generalizada de la economía. Entre 2021 y 2024, la inflación acumulada ha sido del 28,4%, según datos del Banco Central de Chile<sup>66</sup>. Sin un ajuste del presupuesto asignado que refleje esta variación en los precios, la consecuencia directa ha sido una reducción en la población atendida.

La reducción presupuestaria ha llevado a Junaeb a no contemplar recursos suficientes y constante para el componente de Promoción de Salud, como resultado de su propia priorización dentro del programa y de los programas de Salud Escolar. A juicio del Panel, y fundado en las entrevistas realizadas, esta decisión ha debilitado la ejecución del programa, ya que, al centrarse únicamente en la entrega de prestaciones y ayudas técnicas a los estudiantes, ha perdido liderazgo, gestión de equipos y cultura organizacional claves para el desarrollo de una alianza entre el nivel central y comunal.

Sumado a lo anterior la institución sufrió durante el periodo evaluado tres cambios organizacionales, lo que significó trasladar funciones y tareas desde un enfoque jerárquico (por capas) hacia una estructura horizontal, distribuyéndolas entre equipos en donde no se especificó claramente los alcances, se generó ambigüedad respecto de algunas funciones y sus responsables. A ello se suma, que existe una movilización desde direcciones regionales de Junaeb a nivel central en el ejercicio de las compras<sup>67</sup>, que son factores que llevan a explicar la subejecución evidenciada en los años 2021 a 2023.

La centralización de la adquisición de ayudas técnicas no solo afecta la gestión y la toma de decisiones, sino también el control presupuestario, ya que, aunque los recursos del programa se asignan a los territorios, esto quiere decir que se apertura en SIGFE, las compras se realizan de manera centralizada, pero sin la responsabilidad contable asociada. Como resultado, cuando ocurre una subejecución, la responsabilidad recae igualmente en los territorios, a pesar de que no tienen injerencia directa en el proceso. Esta situación no solo genera implicancias contables y de seguimiento financiero, sino que también impacta negativamente a los directores regionales, cuyos indicadores de desempeño, como parte de la Alta Dirección Pública, se ven afectados.

#### **4.2. Fuentes y uso de recursos financieros**

Los recursos totales del programa provienen desde Junaeb y terceros fuera del gobierno central. Como este último aporte es una estimación gruesa no se puede hacer un juicio y análisis de su evolución en los años 2021 a 2024, pero si es claro que el aporte de terceros responde en gran medida al recurso humano necesario para gestionar el programa a nivel de comunidades educativas, docentes, y del establecimiento, coordinadores de salud, que es más bien un costo fijo, por lo que si existen menos intervenciones realizadas su costo no debería reducirse en la misma proporcionalidad.

---

<sup>66</sup> Base de Datos Estadísticos del Banco Central de Chile. Disponible en <https://si3.bcentral.cl/siete/>

<sup>67</sup> El programa contempla como compra centralizada las ayudas técnicas. El Programa opera con licitaciones regionales y sólo las licitaciones de servicios que no se encuentran en direcciones regionales o cuyo valor es elevado se centralizan (lentes y audífonos)

Además, los terceros contribuyen a ejecución de acciones de salud, específicamente los profesores, por tanto, el desarrollo de los componentes

Los recursos del programa provenientes de Junaeb se reducen en un 10% real en el período 2021-2024 y no supera el 0,5% del presupuesto de Junaeb en 2024. (cuadro 2 Anexo 4). El gasto del programa se centra en la producción de los componentes, entrega de servicios de salud que a su vez son clasificados como una transferencia, y en promedio representan el 85,9% del gasto del programa, la diferencia, un 14,1%, corresponde al gasto de administración. Por su parte, el gasto en RRHH se asocia al gasto de administración, ya que la producción no contempla este tipo de recurso, representan un 11,6% del gasto del programa (Cuadro 27).

Se evidencia en el cuadro siguiente que, en los años 2021 y 2023 de menor gasto devengado total del programa, el gasto en administración adquiere una mayor relevancia en términos relativos, alcanzando el 17,8 % y el 14,9 %, respectivamente. Este hallazgo sugiere que la estructura de costos de la administración del programa es predominantemente fija, más que variable, lo que implica que su eficiencia y optimización dependen de alcanzar un mayor nivel de producción. En otras palabras, para que el programa funcione de manera óptima, es necesario un volumen de ejecución más alto que diluya los costos administrativos sobre una mayor cantidad de prestaciones.

**Cuadro 27: Gastos Total del Programa según uso, desagregado en gastos de administración y gastos de producción, período 2021-2024**

Año	% Gasto Producción	% Gasto Administración	% Gasto de RRHH	Gasto Total (miles de \$ 2025)
2021	82,2%	17,8%	14,5%	5.020.758
2022	87,5%	12,5%	10,3%	6.645.251
2023	85,1%	14,9%	12,4%	5.947.363
2024	88,9%	11,1%	9,1%	8.184.941
Promedio	85,9%	14,1%	11,6%	6.449.578

Fuente: Anexo 4. Ficha de Presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos del Programa

### 4.3. Ejecución presupuestaria del programa

Las variaciones del presupuesto entre inicial y vigente tiene relación con los ajustes que se deben realizar durante el año frente a presencia de subejecución (Cuadro 26), en vista del costo de oportunidad que tiene mantener marcos presupuestarios en una línea de actividad que no se realizará.

Durante el periodo de 2021 a 2024 ha existido tanto un ajuste del marco de recursos hacia el programa (reducción del presupuesto vigente respecto del autorizado en la ley de presupuestos) y un gasto devengado que es menor al autorizado, dando cuenta de su ejecución.

Los años 2021 a 2023 presentan una seria subejecución en el concepto de transferencias, que corresponde a la compra de los tratamientos que el programa otorga, las que oscilan entre 63,2% en 2021 a 75,3% en 2023 (Anexo 4). Esta subejecución se ha explicado de acuerdo con los antecedentes y entrevistas, por problemas en la redacción, formulación de las licitaciones, su adjudicación e implementación, que responden a variables propias de la gestión del programa, y a los continuos cambios organizacionales que sufrió Junaeb, que ha debilitado su acción en los años de evaluación del programa. Mencionar, que los tiempos de compra y la oportunidad son esenciales para un programa que atiende de acuerdo con el calendario escolar y a niveles/cursos definidos de acuerdo con los criterios técnicos.

Los gastos de administración y su nivel de ejecución deben evaluarse con cautela, ya que el programa solo cuenta con una estimación, la que, dependiendo del método varía en 7 veces, lo que da cuenta de la urgencia de establecer

métodos que permitan cuantificar los costos de producción y ejecución<sup>68</sup>. En base al método preferido, por ser más realista para estimar los gastos de administración, se muestra una ejecución sobre el presupuesto vigente levemente superior y de 4,6% para todos los años, lo que puede explicarse por los bonos y el reajuste del sector público. Esta estimación se encuentra detallada en Anexo 3.C.

El ciclo anual del programa muestra una tendencia clara a una mayor ejecución en el cuarto trimestre del año que corresponde a la entrega de los tratamientos (Anexo 3.C). Esto es de esperar, ya que durante el primer semestre ocurre la pesquisa, tamizaje y primer control, lo que permite desencadenar el contar con un tratamiento. El programa al momento de licitar debe contar con respaldo financiero para ello; es decir, con los recursos disponibles en su respectiva cuenta financiera, lo cual se cumple, dando cuenta de un trabajo coordinado entre Dipres y Junaeb.

#### **4.4. Aportes de Terceros**

El aporte de terceros es esencial para la ejecución del programa. Sin embargo, no se dispone de una valorización precisa de su contribución. Esta evaluación presenta una primera aproximación, que aborda la estimación del aporte en gastos de administración desde los coordinadores municipales y el aporte de los docentes en las escuelas, basada en la metodología propuesta por Junaeb y ajustada por el Panel.

Se busca cuantificar el valor del aporte que realizan las comunidades educativas, específicamente en términos del personal que coordina el programa a nivel municipal y de los responsables de su gestión y ejecución en cada establecimiento. La estimación se realizó en base a parámetros del año 2024 y para el resto de los años en evaluación se considera que el aporte fuera del gobierno central mantiene la proporcional de 59,2% del total de los recursos del programa.

El resultado de esta aproximación fue:

- Coordinadores comunales: corresponde a gasto de administración. Se estima en M\$1.058.176 en 2024
- Docentes en colegios: corresponde a gestión y también a desarrollo de tareas de producción de servicios del programa (pesquisa). Se estima en M\$9.966.624 en 2024

Cabe señalar que los establecimientos particulares subvencionados no cuentan con un coordinador municipal, por lo tanto, la carga de trabajo de los profesionales en cada uno de los establecimientos podría ser mayor de lo aquí estimado (Anexo 3.C)

Los aportes de terceros son sustanciales, ya que representan casi el 60% de los recursos totales del programa. Esto quiere decir que son mayores que los propios recursos que destina Junaeb a esta actividad. Al sensibilizar con una remuneración, por ejemplo, sueldo mínimo, los aportes se reducen en casi un 50-60% dependiendo del año de referencia, pero siguen siendo superiores a los \$4.100 millones anuales. De forma muy simplificada este ejercicio indica que cada municipio otorga al menos \$3.348.659 anuales y cada establecimiento \$1.368.478.

Al ser la adscripción al programa voluntaria por parte de los establecimientos, los costos que deben incurrir en la ejecución de las actividades puede ser una variable importante para considerar y analizar en el diseño del programa. Además, se debería contemplar los aportes que realizan las universidades en convenio y sociedades científicas al participar en mesas de expertos y en la formulación de las normas técnicas.

---

<sup>68</sup> Los gastos administrativos son analizados en el Capítulo 5.

#### 4.5. Recuperación de Gastos

El programa no establece una política de recuperación de gastos, y a juicio del Panel no la requiere, debido a la forma en que está diseñado e implementado. Su ejecución a través de licitaciones y contratos con terceros, implica que los pagos se realizan únicamente tras la recepción conforme de los bienes y servicios, sin dejar margen para la recuperación de costos.

Además, los servicios de salud que se entregan son de uso único, algunos intangibles y destinados a una persona específica, lo que los hace intransferibles e irrecuperables. En el caso de los elementos de salud y tecnología, estos se diseñan según las necesidades individuales del usuario y tienen una vida útil limitada, como los lentes y corsés, que duran aproximadamente un año. Por su parte, los audífonos requieren actualizaciones y mantenciones, lo que dificulta aún más su reutilización para otra persona.

### 5. EFICIENCIA

#### 5.1. A NIVEL DE ACTIVIDADES Y/O COMPONENTES

El gasto efectuado por componente del programa corresponde a un análisis de los gastos registrados en el sistema SIGFE dispuesto por el programa.

##### Componente 1

En el periodo de evaluación solo existió financiamiento para el componente 1 los años 2021 y 2022 (ver Anexo 4). Sin embargo, las acciones imputadas a ese componente correspondieron más bien a actividades de gestión de los demás componentes (reuniones de planeación). Tampoco existe registro para dichos años de las actividades realizadas y su valorización específica. Por lo tanto, no se puede evaluar la eficiencia de este componente.

##### Componente 2

El objetivo del componente es identificar a los estudiantes que presentan alguna de las patologías contempladas en el programa a través de un proceso secuencial de pesquisa y tamizaje. Para evaluar la eficiencia del componente se calcularon dos indicadores: costo por estudiante tamizado y costo por estudiante tamizado positivo. Ambos tienen como numerador el costo total del componente (incluyendo pesquisa y tamizaje) pero difieren en el denominador. En el primero se considera a todos los estudiantes tamizados mientras que en el segundo se considera solo a los estudiantes tamizados en los que se encontró presencia de alguna patología. De esta forma el **costo por estudiante tamizado** indica cuánto cuesta el proceso general de pesquisa-tamizaje y el **costo por estudiante tamizado positivo** muestra el costo de encontrar un estudiante que presenta la necesidad de atención.

**Cuadro 28: Costo por beneficiario Componente 2 (\$2025)**

	2021	2022	2023	2024	Promedio
<b>Costo por estudiante tamizado</b>					
<i>Oftalmología</i>	3.273	2.965	3.091	2.523	2.963
<i>Otorrino</i>	3.016	2.702	2.699	2.626	2.761
<i>Columna</i>	3.245	3.613	3.252	2.901	3.253
<b>Total</b>	<b>3.215</b>	<b>3.098</b>	<b>3.040</b>	<b>2.685</b>	<b>3.009</b>
<b>Costo por estudiante tamizado positivo</b>					
<i>Oftalmología</i>	5.868	5.095	5.494	4.716	5.293
<i>Otorrino</i>	9.819	9.577	7.892	8.205	8.873
<i>Columna</i>	9.303	9.586	8.193	6.497	8.395
<b>Total</b>	<b>7.187</b>	<b>7.011</b>	<b>6.492</b>	<b>6.171</b>	<b>6.715</b>

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

Los costos por estudiante tamizado son en promedio \$ 3.009 para el periodo de evaluación y relativamente similares entre especialidades y muestran una leve tendencia a la baja en el tiempo, alcanzando los \$ 2.685 por estudiante en 2024. Los costos por estudiante tamizado positivo fueron en promedio de \$ 6.715 para los años 2021 a 2024, sin embargo, son mucho más altos en otorrino y columna y esto se debe a un mayor número de falsos positivos de la etapa de pesquisa (estudiantes sanos calificados con sospecha por el profesor). De todas maneras, existe una reducción del costo por estudiante tamizado y tamizado positivo entre 2021 y 2024. Lo cual debe ser analizado con cautela, ya que un menor costo no significa ser más eficiente. Solo ello es posible de concluir si las acciones realizadas fueron las mismas y de misma calidad en el periodo. Se requiere de más información de parte del programa para interpretar los valores estimados

Además, cuando el programa cuente con una valorización más certera y específica de los aportes monetarios de las comunidades educativas se podría incluir como indicar el costo por estudiante pesquisado.

### **Componente 3**

El producto de este componente es esencialmente la provisión de consultas médicas a los estudiantes identificados en el componente anterior. Si bien en teoría un estudiante en control podría recibir varias consultas en un año, en la práctica son muy pocos (menos de un 1%, estimado de acuerdo con las bases de datos entregadas por el programa) los estudiantes que reciben más de una consulta al año, por lo que el costo de consulta es prácticamente el mismo que el costo por beneficiario efectivo. El siguiente cuadro muestra el costo por consulta en cada especialidad.

**Cuadro 29: Costo por beneficiario Componente 3 (\$2025)**

	2021	2022	2023	2024	Promedio
<i>Oftalmología</i>	14.796	14.473	15.066	12.778	14.278
<i>Otorrino</i>	20.949	18.723	19.226	14.670	18.392
<i>Columna</i>	26.607	19.986	21.179	20.382	22.039
<b>Total</b>	<b>16.344</b>	<b>15.631</b>	<b>16.331</b>	<b>14.087</b>	<b>15.598</b>

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

El costo por consulta ha oscilado entre \$ 15.000 y \$ 27.000 en el periodo de evaluación, siendo en promedio más bajo en oftalmología y más alto en columna. Estas diferencias pueden deberse a economías de escala, ya que el número de consultas realizadas en oftalmología es mucho mayor (ver cuadros 10 y 11). En cuanto a la variación en el tiempo, para los años 2021 a 2023, los costos son relativamente estables, con una caída significativa en el año 2024. Como referencia, el arancel FONASA MLE 2024 para las consultas de otorrino y oftalmología es de \$ 16.090 en nivel 1, \$ 20.920 en nivel 2 y \$ 25.740 en nivel 3; traumatología, por su parte solo tiene arancel en el nivel 1 y está fijado en \$ 18.130. Cabe señalar, que Junaeb utiliza como marco de referencia de una banda de precios homologados a arancel FONASA para las licitaciones.

Por tanto, el Panel considera que el Programa ha logrado ser eficiente en costos en la adquisición de estos servicios de salud, ya que sus valores se encuentran en línea con los aranceles definidos en la MLE.

**Componente 4**

Este componente es la etapa final del proceso, en la que se entrega a los estudiantes las ayudas técnicas que requieren para su problema de salud. Estas ayudas difieren por especialidad: en oftalmología consisten en la entrega de lentes ópticos o de contacto; en otorrino, audífonos e implantes cocleares; y en columna corsé y realces (ver cuadro 12). Además, en lo que respecta a los tratamientos Junaeb incluye su reposición, cambio y mantenimiento, de acuerdo con lo discutido en las entrevistas. Se consideró como beneficiario de este componente el que haya recibido alguna consulta de ingreso o control. El mayor costo por beneficiario está en otorrino, lo que es esperable dado que las ayudas que se entregan son de mayor complejidad (audífonos e implantes) y que además incluyen prestaciones de apoyo costosas como diversos exámenes diagnósticos y sesiones de adaptación en el caso de los audífonos. En el caso de columna, además del implante o corsé se realizan como prestaciones de apoyo ejercicios kinésicos y rayos X. Finalmente oftalmología es la prestación más sencilla porque consiste principalmente en la entrega de lentes ópticos.<sup>69</sup>

**Cuadro 30: Costo por beneficiario Componente 4 (\$2025)**

	2021	2022	2023	2024
<i>Oftalmología</i>	9.206	30.679	13.460	18.167
<i>Otorrino</i>	94.346	220.741	149.209	52.929
<i>Columna</i>	28.114	17.329	16.424	9.678
<b>Total</b>	<b>19.169</b>	<b>52.697</b>	<b>26.668</b>	<b>21.045</b>

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

A juicio del Panel, la relación entre costos por estudiante y costos por componente no es suficiente como indicador para evaluar la eficiencia. Esto se debe a que, en el ámbito de las acciones en salud, es fundamental considerar la calidad del servicio brindado. Solo si la calidad se mantiene constante, una reducción en el costo por participante sería deseable y reflejaría las ventajas de las compras realizadas. Sin embargo, según la sección 3.4 sobre indicadores de calidad, se observa una variabilidad en este aspecto, e incluso se estima un desempeño de moderado a bajo durante el período de evaluación. En este contexto, y considerando ambas dimensiones del problema, no es posible concluir que haya eficiencia, ya que la calidad de las intervenciones no se ha mantenido y tampoco han podido ser verificadas ya que no se han realizado las auditorías técnicas.

**Gestión de las Compras**

<sup>69</sup> Se entregan también lentes de contacto y ayudas técnicas en baja visión.

El programa se basa en la compra de servicios y prestaciones a terceros, por lo que analizar el proceso y la efectividad en los procesos de adquisición se consideran centrales para la comprensión y evaluación del programa.

La información de compras de Mercado Público, elaborada y sistematizada por Junaeb, indica que para el periodo de evaluación 2021-2024 se adjudicaron 335 licitaciones, resultaron desiertas 91 y revocadas 10. Cabe indicar, que este registro fue elaborado durante el periodo de evaluación. Esto es un hallazgo relevante, ya que es fundamental contar de un sistema o panel de información de compras considerando que la ejecución del programa se basa en la entrega externalizada de servicios. Por lo tanto, el análisis que se presenta a continuación se basa exclusivamente en la información a la que tuvo acceso el Panel, la cual resulta limitada para comprender en profundidad el proceso de gestión de compras y las causas que los resultados de algunos indicadores. Cabe señalar que dentro de los parámetros se cuenta con “monto estimado de licitación lo cual puede estar representando el marco de recursos de la licitación o el adjudicado, pero para precisar lo anterior se requiere analizar cada uno de los procesos de licitación lo cual no corresponde a efectuar al Panel evaluador.

Es relevante indicar que el comportamiento de las licitaciones es diferente entre si son realizadas por la Dirección Nacional (DN) o por Regiones (R). En el área de las adjudicadas se destaca que (Cuadro 31):

- La DN presenta un promedio de días entre publicación y adjudicación de 72,9 días versus los 36 de R.
- Los días promedios para adjudicar caen en el tiempo tanto para los realizados por DN como por R, pero en ambos se rompe dicha tendencia en 2023.
- Las ofertas recibidas por licitación son menos de 25 por año en el caso de DN mientras que en regiones, a excepción de 2024, el número de ofertas varía entre 169 y 397.
- Los montos que licitan por medio de la DN son entre 2 a 3 veces superiores a los de regiones, a excepción del año 2023<sup>70</sup>.
- Los montos promedios por licitación (años 2021 a 2024) en el caso de DN fueron de M\$1.305.307 mientras que los de R fueron de M\$59.529, siendo entonces las primeras 10 veces más que las segundas (cifras en \$2025).

En el caso de las licitaciones desiertas, se observa que:

- El número de licitaciones se concentra en R (95,6% de ellas), presentando un aumento y máximo en el año 2022 tanto para las DN (3 licitaciones) como para R (27 licitaciones)
- Los días promedios entre publicación y declaración de desierto son cercanos al doble en la DN con respecto a R. En estos últimos en promedio los tiempos son de 36,8 días mientras que en DN fueron de 67 días.
- Los montos involucrados fueron un 37,9% en 2022 y 67,5% superiores en 2023 en DN respecto de R.
- Los montos promedios por licitación (años 2022 y 2023) en el caso de DN fueron de M\$701.201 mientras que los de R (años 2021 a 2024) fueron de M\$39.133, siendo entonces las primeras 10 veces más que las segundas (cifras en \$2025).

De las licitaciones revocadas se muestra que:

- El 80% se concentran en regiones, observándose licitaciones revocadas en todos los años evaluados.
- Los días entre publicación e indicación de revocación son casi el doble en DN frente a R, los que tienen un promedio de 44 días.

---

<sup>70</sup> No se contó para la evaluación con los montos correspondientes al valor adjudicado, lo cual permitiría medir el poder de compra y negociación de los instrumentos.

- Los montos promedios por licitación (años 2021y 2023) en el caso de DN fueron de \$1.291.083 miles mientras que los de R (años 2021 a 2024) fueron de \$151.019 miles (cifras en \$2025).

**Cuadro 31: Resumen y Estadísticas Centrales de Compras Mediante Licitaciones 2021-2024**

	Unidad/Año	Suma de Monto Licitación (\$2025)	Promedio de Monto Licitación (\$2025)	Suma de N° Ofertas Recibidas	Promedio Conteo Días	N° Licitaciones
Adjudicación	<b>Dirección Nacional</b>	<b>23.495.536.378</b>	<b>1.305.307.577</b>	<b>75</b>	<b>72,9</b>	<b>18</b>
	2021	11.054.006.692	2.210.801.338	22	69,5	5
	2022	2.601.122.578	520.224.516	23	67,9	5
	2023	7.625.489.946	1.906.372.487	18	81,6	4
	2024	2.214.917.162	553.729.291	12	74,5	4
	<b>Región</b>	<b>18.870.745.947</b>	<b>59.529.167</b>	<b>873</b>	<b>36,0</b>	<b>317</b>
	2021	4.359.328.435	48.436.983	254	40,7	90
	2022	3.172.769.840	42.303.598	169	31,5	75
	2023	9.809.876.128	76.639.657	397	35,9	128
	2024	1.528.771.544	63.698.814	53	32,6	24
	<b>Total general</b>	<b>42.366.282.325</b>	<b>126.466.514</b>	<b>948</b>	<b>37,9</b>	<b>335</b>
Desiertas	<b>Dirección Nacional</b>	<b>2.804.806.909</b>	<b>701.201.727</b>	<b>9</b>	<b>67,0</b>	<b>4</b>
	2022	1.191.798.600	397.266.200	6	51,7	3
	2023	1.613.008.309	1.613.008.309	3	112,9	1
	<b>Región</b>	<b>3.404.638.090</b>	<b>39.133.771</b>	<b>105</b>	<b>35,4</b>	<b>87</b>
	2021	577.517.169	32.084.287	15	43,2	18
	2022	863.746.053	31.990.595	31	30,3	27
	2023	962.822.535	38.512.901	30	33,7	25
	2024	1.000.552.332	58.856.020	29	37,6	17
	<b>Total general</b>	<b>6.209.444.999</b>	<b>68.235.659</b>	<b>114</b>	<b>36,8</b>	<b>91</b>
Revocadas	<b>Dirección Nacional</b>	<b>2.582.166.634</b>	<b>1.291.083.317</b>	<b>10</b>	<b>87</b>	<b>2</b>
	2021	2.393.326.314	2.393.326.314	6	74	1
	2023	188.840.320	188.840.320	4	99	1
	<b>Región</b>	<b>1.208.158.407</b>	<b>151.019.801</b>	<b>15</b>	<b>44</b>	<b>8</b>
	2021	137.637.125	137.637.125	3	45	1
	2022	32.251.713	32.251.713	1	35	1
	2023	331.241.113	110.413.704	2	47	3
	2024	707.028.456	235.676.152	9	45	3
	<b>Total general</b>	<b>3.790.325.041</b>	<b>379.032.504</b>	<b>25</b>	<b>53</b>	<b>10</b>

Fuente: elaboración propia en base a información y datos de Junaeb.

Los datos presentados indican que durante el período de licitación ha existido mayor agilidad en las compras realizadas en regiones, lo cual se puede explicar por los menores montos y la flexibilidad de lograr una mayor especificidad, lo que conlleva a la realización de más licitaciones en determinados momentos del tiempo. Los días de adjudicación fueron en promedio un 50% inferiores en R respecto de las DN. También las R tienen mayor número de ofertas en cada proceso, lo que permitiría generar un ambiente más competitivo (precio y calidad) en cada adjudicación, pero esto no se pudo demostrar, ya que no se cuenta con toda la información que permitiría realizar dicho análisis como por ejemplo montos estimados respecto a los finalmente adjudicados y contenido preciso de las licitaciones (objeto, tiempos, calidad, servicios adicionales, entre otros),

Considerando el volumen de adjudicación es más relevante el número observado de licitaciones desiertas y revocadas en los procesos llevados por la DN que en R, debido a los montos involucrados y al número de procesos de licitación llevado a cabo. Tal como se ha indicado si un proceso de licitación se cae la oportunidad de atención y entrega de tratamientos se pone en juego.

En vista de lo anterior, desde la perspectiva de las compras, no existe evidencia suficiente para continuar con una estrategia de compras centralizadas en la DN y se debería volver a compras efectuadas en los territorios. Este aspecto fue mencionado y señalado por los diversos entrevistados que tienen relación y tuvieron injerencia directa en la implementación del programa. Ninguno de los entrevistados relacionados más directamente con la materia destacó aspectos favorables de la compra centralizada. Ahora bien, es fundamental que Junaeb construya información que permita el control y gestión de las compras, así como levantar información cuantitativa sobre el proceso y los motivos de los resultados encontrados.

Además, el panel considera que la descentralización podría resultar favorable debido a las características específicas de las compras. En el caso de servicios médicos y profesionales, existen restricciones asociadas a la disponibilidad de horas y a la logística territorial, lo que podría abordarse mejor desde una gestión descentralizada. Por su parte, en bienes como lentes y otros dispositivos, donde la oferta de proveedores es más amplia, la descentralización no solo facilita una mayor cobertura territorial, sino que también contribuye a evitar la concentración de mercado.

A juicio del panel, este programa compite en materia de compras con recursos escasos a nivel central, como el equipo jurídico y otros equipos encargados de los procesos de licitación. Esta situación se considera justificada, dada la magnitud de los recursos involucrados, especialmente en programas como las becas de alimentación y la TNE, los cuales son ejecutados directamente por la Dirección Nacional y, por tanto, son prioritarios debido al impacto global que tienen en la comunidad escolar. Además, el Panel considera que se cuenta con el recurso humano y las competencias necesarias para llevar a cabo este proceso a nivel local, por lo que se considera un gasto evitable a nivel central.

**5.2. A nivel de resultados intermedios y finales.**

Los resultados intermedios del Programa corresponden a los resultados de cada uno de sus componentes, los que han sido analizados en la sección precedente.

El indicador de eficiencia de resultado final es el costo por estudiante tratado. Como se explicó en la sección 3.3, las bases de dato del programa no cuentan con un indicador que permitan identificar que estudiantes se encuentran en tratamiento. Como aproximación se utilizó el número de estudiantes que recibieron una consulta, ya sea de ingreso o control en cada año.

**Cuadro 32: Gasto por beneficiario final 2021 – 2024 (\$2025)**

	2021	2022	2023	2024
<i>Oftalmología</i>	25.816	47.348	31.203	31.866
<i>Otorrino</i>	120.433	246.572	176.745	73.435
<i>Columna</i>	65.151	49.472	44.703	35.587
<b>Total</b>	38.375	72.305	46.859	37.290

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

Los valores mostrados en el cuadro 32 incluyen todos los costos del programa, en todos sus componentes. Dada la singularidad del programa no se han podido encontrar valores comparables en otros programas para determinar si este es más o menos eficiente.

A juicio del Panel el análisis de eficiencia, entendido como la capacidad de lograr más resultados con menos recursos, no resulta aplicable en este contexto, dado que el programa ha enfrentado una reducción significativa de su presupuesto. Esta situación ha obligado a priorizar actividades y gestionar cupos limitados, afectando su alcance, funcionamiento y calidad de las intervenciones. Además, se estima que para hacer un juicio sobre la relación gasto y resultado se requiere definir una “canasta” tipo de acciones de salud para cada especialidad y en base a ella construir un índice que permite el análisis en el tiempo asumiendo, con mayor base, una misma acción/calidad en el tiempo. Para ello se requiere que el programa estandarice y codifique sus atenciones.

### 5.3. Gastos de Administración

El gasto en administración del programa, en términos relativos, ha variado debido a que el presupuesto del programa se ha visto reducido en el tiempo de evaluación, pero los gastos de administración se mantienen en el rango 11,1% - 17,8%, con promedio 11,6% lo cual se explica por su naturaleza de costo fijo. En promedio (años 2021 a 2024) el gasto en este concepto fue de \$880.967 miles (pesos de 2025).

La estructura del gasto de administración se basa en la valoración del recurso humano que realiza funciones para el programa y responde a su característica principal que es que basa su implementación en los territorios y no de forma centralizada. La Dirección Nacional tiene un rol rector y de control, pero los que implementan con las comunidades educativas son las Direcciones Regionales, que requieren de un coordinador que vea “Salud Escolar” o en específico Servicios Médicos. En esta primera aproximación de valorización de costos del programa faltaría incluir el aporte que realizan los equipos de apoyo como jurídica, comunicaciones, estadísticas, entre otros ubicados en DN y en los territorios. Por lo que puede ser considerado como el gasto de administración mínimo para el funcionamiento del programa.

Generar un juicio sobre el gasto de administración es complejo ya que no existe un *benchmarking* sobre la materia y tampoco existe un catálogo de programas que de forma clara y estándar permita caracterizar el funcionamiento (orgánica y procesos) de un determinado programa de este tipo. Por lo tanto, la selección de referencias, buscando la similitud, tiene sesgos propios del conocimiento que tenga el evaluador o referente sobre la oferta programática.

Si se puede indicar que la lógica de funcionamiento tiene cercana relación al cómo funciona una dirección de servicio de salud con su red territorial y para la implementación de cualquier programa de Atención Primaria de Salud, sin embargo, no existen estudios sobre los recursos que utilizan dichos servicios, aunque a nivel del presupuesto de salud son relevantes tal como se indica en Urbina y Sugg (2021) en donde las Direcciones de servicios de salud representan un 14% de gasto del Servicio de Salud, con alta variabilidad entre cada Servicio.

El Programa de Salud Oral de Junaeb es el más comparable con Servicios Médicos en términos de sus gastos de administración propios ello porque : i) el programa se desarrolla principalmente durante la jornada escolar en los recintos educacionales, unidades móviles dentales y en las dependencias municipales; ii) se cuenta con equipos de profesionales en todas las regiones, dispone de coordinadores regionales y además el municipio/corporación aporta con la gestión; iii) es un programa que es parte del conjunto de Salud Escolar de Juaneb; y iv) no existen estudios ni registros sistemáticos sobre los gastos de administración de los programas del Estado que permitan identificar, de forma estructurada y lógica, programas similares dentro del aparato público.

Según Pepper et al. (2017), en 2016 estos gastos ascendieron a M\$659.749, equivalentes al 5,9% de los recursos del programa provenientes de la propia institución, cifra que resulta en términos absolutos y corregidos por inflación muy similar a la estimada para el presente programa.

En la evaluación del Programa Salud Oral, se logra estimar los aportes de municipios y corporaciones en los territorios, los cuales se imputan a los gastos de administración del programa. Se señala que estos aportes triplican los de la institución responsable, lo que eleva los gastos de administración totales al 26% de los recursos globales (propios y de terceros) del programa.

Considerando que es un gasto fijo, que debería variar por el número de establecimientos inscritos por territorio y no por estudiante atendido, y que a la vez se soporta con gastos de terceros, se considera como el mínimo de gasto requerido para funcionar. Desde una perspectiva de teoría microeconómica, los costos fijos no varían con el nivel de producción a corto plazo, lo que implica que, a medida que aumenta la cantidad de estudiantes atendidos, el costo fijo promedio por cada uno disminuye. Esto refleja la existencia de economías de escala, donde la eficiencia del programa mejora al acercarse a una escala de producción óptima. En este sentido, al ampliar la cobertura de estudiantes, ya sea aumentando los cupos o avanzando hacia la cobertura efectiva deseable según los objetivos del programa, los costos administrativos fijos se diluyen, haciendo que el gasto sea aún más eficiente.

## II. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL

- El programa es una oferta de salud pública inserta en educación, cuyo propósito es mejorar las condiciones de salud visual, auditiva y postural de estudiantes de establecimientos con aporte estatal, de manera integral, con intervenciones de promoción, detección precoz, atención y tratamiento médico especializado, para contribuir a la disminución de inequidades y favorecer las trayectorias educativas, es decir, para que ningún niño/a se quede atrás por estas razones biomédicas.
- El programa no es universal ya que opera con adscripción voluntaria de establecimientos. El 99,7% de los establecimientos municipales y el 52% de los subvencionados se encuentra adscrito. El panel considera que esto genera una inequidad entre los estudiantes de establecimientos adscritos y no adscritos. Factores externos como las restricciones presupuestarias han afectado la cobertura y eficacia de las intervenciones, limitando la atención de la población.
- El panel evaluador ha identificado factores internos de Junaeb (reorganizaciones consecutivas, falta de recursos humanos, etc.), una poca claridad respecto del lugar que ocupa este programa dentro de salud escolar y de éste dentro del resto de los programas de Junaeb, lo que es causa y consecuencia de una falta de liderazgo y visión a futuro.
- La gestión se ha centrado únicamente en la ejecución operativa de lo establecido, sin una planificación estratégica efectiva que permita el desarrollo y fortalecimiento del programa. Esta ausencia ha impedido una evolución estructurada del programa, restringiendo su capacidad de adaptación y fortalecimiento frente a los cambios en las necesidades de salud de la población escolar.
- La gestión se ha centrado en la producción de atenciones, especialmente controles, dejando en segundo plano actividades como la capacitación, las jornadas de evaluación, las encuestas de satisfacción con los tratamientos, reuniones con actores territoriales, campañas de difusión, etc.

### Diseño del Programa

- El diseño del programa es adecuado para abordar la problemática central, con una estrategia pertinente y coherente con sus objetivos. El problema es concreto, medible y cuenta con un diagnóstico inicial fundamentado, el que, sin embargo, no se ha actualizado desde el inicio del programa.
- Es pertinente que las intervenciones sean realizadas por Junaeb, ya que el sujeto de intervención se encuentra en la escuela, donde se encuentra gran parte del día, es observado por sus docentes, y es un reflejo de que salud trasciende las murallas de un centro de salud y que son materias de la comunidad, territorios y escuelas. Esto es coherente con toda la política pública que se enmarca en salud escolar. El programa complementa y refuerza las acciones del Minsal, y de otros ministerios, ya que es la única oferta pública que aborda esta población con estas necesidades de manera integral y prioritaria.
- El programa, por su diseño y lógica de implementación, es coherente con su permanencia en Junaeb y no en el Ministerio de Salud. Es el único programa que entrega este servicio a la población infanto-juvenil, donde por una parte es pertinente que Junaeb lo proporcione y por otra parte el sector salud no cuenta con capacidad de hacerse cargo de esta necesidad, al nivel de especificidad y oportunidad que se requiere.

- El diagnóstico del problema no se encuentra actualizado. No se contempla en el diseño un mecanismo sistemático de actualización de normas. Las normas técnicas utilizadas en el programa no han sido actualizadas desde 2007 (traumatología) y 2017 (oftalmología y otorrinolaringología). Las orientaciones se basan en los marcos metodológicos que usa el Minsal que son el estándar actual para hacer análisis de evidencia clínica y recomendaciones para la práctica clínica.
- El programa no cuenta con una revisión actualizada y periódica de su diseño, tanto en lo referido a los problemas de salud vigentes y prioritarios en esta población, como en relación con los métodos de ejecución y la operatividad del propio programa. Además, aunque no constituye el foco principal de esta evaluación, se observa una carencia de oferta programática y de lineamientos por parte del Ministerio de Salud para la generación de acciones de prevención, promoción y tratamiento dirigidas a la población escolar.
- El programa busca la pertinencia técnica en sus intervenciones, para lo cual se establecen alianzas con la academia y expertos/as, proporcionando respaldo técnico-programático y siendo un elemento clave dentro de su implementación. Sin embargo, no se utilizan herramientas y procesos estandarizados para su realización y tampoco las directrices metodológicas del Minsal (GRADE y marcos de EtD) que son el estándar actual.
- La lógica vertical de la Matriz de Marco lógico es apropiada. Los componentes están claramente definidos y todos son necesarios para el cumplimiento del propósito del programa. La estructura de los componentes responde a las etapas del proceso de diagnóstico-tratamiento de las patologías del programa.
- La lógica horizontal de la matriz de marco lógico no da cuenta de un correcto monitoreo y seguimiento de la ejecución del programa, por ese motivo el Panel propone una nueva matriz en el Anexo 2(d).
- El programa pretende aumentar las oportunidades en la educación para la población más vulnerable por lo que debe tener una especial preocupación por analizar cuáles son las barreras que existen para abordarlas y lograr que la equidad y la cobertura efectiva mejore.
- La mayor inscripción de establecimientos municipales y la baja participación de los particulares subvencionados, se debe a la existencia de restricciones a la entrada (recursos) y a que al no depender del municipio deben hacer gestión uno a uno con Junaeb.
- El programa no incorpora el enfoque de género al planificar las pesquisa, tamizaje y atención. Es fundamental incorporar esta perspectiva en su implementación para garantizar una atención equitativa y efectiva especialmente en traumatología. Tampoco se incorpora de manera explícita y verificable un enfoque de derechos y equidad para poblaciones vulnerables, incluyendo etnias, migrantes y estudiantes en situación de discapacidad.
- El programa se estructura en cuatro componentes, que van desde la promoción de la salud hasta el tratamiento, logra su propósito al trabajar a nivel de la comunidad educativa y profesionales de salud. Sin embargo, por problemas presupuestarios el componente 1 no se ejecuta.
- El diseño del programa se funda en la compra a terceros de servicios y prestaciones de salud, por lo cual se rige en términos normativos por la ley de compras públicas. El diseño permite ser flexible en la definición de qué comprar, cómo comprar y quién debe hacerlo (dirección nacional o regional). Ello es una ventaja para el programa para poder adecuarse rápidamente a cambios técnicos, cambio de proveedores en caso de necesitarse, y conseguir precios de mercado competitivos.

## Implementación del Programa

- Actualmente, se encuentra en un proceso de recuperación y estabilización, aunque con desafíos pendientes en su consolidación. El Subdepartamento de Salud Estudiantil, de acuerdo con la orgánica vigente, presenta una estructura de trabajo en silos, siendo uno de ellos el programa de Servicios Médicos, el que a su vez es el que cuenta con menos recursos financieros. Esto ha generado una pérdida de integración en el enfoque en el estudiante de manera integral, como eje central de la intervención y, el desaprovechamiento de oportunidades de sinergia entre los distintos actores y programas involucrados.
- El programa es estructurado por la lógica del ciclo escolar de 10 meses, lo que afecta la continuidad de la producción de los componentes.
- El funcionamiento del programa depende en gran medida del trabajo de los docentes en aula, de los coordinadores de salud en los establecimientos educativos y de los coordinadores territoriales.
- La coordinación del programa se basa en distintas capas, desde nivel central a nivel de los territorios, hasta llegar a los establecimientos educacionales. El liderazgo se encuentra en el equipo del programa radicado en la Dirección Nacional y es fundamental su trabajo con los diferentes actores intersectoriales involucrados para mantener su aporte. La coordinación en sí no está normada o establecida y lo que se describe no siempre se ejecuta. Existe una gran coordinación en los responsables directos del programa (Dirección Nacional y Regionales) con los encargados comunales, pero no hay hallazgo efectivo de coordinación a nivel de las instituciones del gobierno central.
- No se ha recuperado la dotación previa al año 2021 y las direcciones regionales no han tenido actualización, ya que los cambios orgánicos efectuados en 2022 y 2024 fueron dirigidos a la Dirección Nacional y no hacia las Regiones. Y las funciones a realizar por los diferentes actores de Junaeb no están del todo establecidas ni claras.
- Los cambios organizacionales derivados de la modificación de la estructura orgánica han afectado el funcionamiento del programa a nivel central y regional, generando inestabilidad en su ejecución. El proceso de cambio organizacional no estuvo acompañado una gestión del cambio.
- La diversidad organizativa a nivel territorial responde a los continuos cambios de lineamientos centrales y a las necesidades específicas de cada territorio, lo que ha generado heterogeneidad en la implementación del programa. Esto, si bien tiene aspectos positivos en la adaptabilidad a las distintas realidades de los territorios también puede generar inequidades entre los beneficiarios de distintos lugares.
- Las compras realizadas por las Direcciones Regionales han sido más ágiles en comparación con la Dirección Nacional. Esto podría explicarse por la gestión de montos menores y la posibilidad de una mayor especificidad en los requerimientos. En promedio, los días entre publicación y adjudicación en las regiones fueron de 36 días, mientras que en la Dirección Nacional alcanzaron los 72,9 días, es decir, el doble. Además, las regiones registraron un mayor número de ofertas por proceso, lo que podría favorecer un entorno más competitivo en términos de precio y calidad. Sin embargo, no fue posible comprobar este efecto debido a la falta de información sobre los montos finalmente adjudicados.
- Para este tipo de programas, que siguen el calendario escolar, los tiempos de adjudicación, de reformulación de convocatorias en caso de no tener oferentes, y los montos de éstas (que según valor deben o no ser autorizadas por Contraloría), son aspectos cruciales para tener en cuenta ya que el desarrollo de estos procesos impacta de forma directa en los indicadores de resultado del programa.

- El programa se ejecuta en función de la disponibilidad de recursos anuales, y no en relación a una planificación a partir de la demanda teórica, esperada o histórica. Ello lleva consigo tener población rezagada o pendiente de intervención y que por tanto el resultado en cobertura sea bajo. Existen estudiantes que son pesquisados, pero no tamizados, así como estudiantes identificados con daño en el tamizaje que no reciben atención especializada. Esto implica que una mayoría de los niños que efectivamente presenten uno de los problemas de salud no serán tratados (al menos durante el mismo año). Esto además de inequitativo es ineficiente, ya que se gastan recursos en diagnosticar sin obtener los beneficios de tratar.
- La estrategia de restringir las pesquisas y tamizajes para concentrar los recursos en la atención de la brecha generada los años anteriores frente a una restricción de recursos se evalúa como adecuada en el corto plazo. Sin embargo, se debe tener en cuenta que en el mediano plazo se está generando una lista de espera “invisible” de estudiantes con patologías no detectadas, con los consiguientes impactos en salud y trayectoria escolar de los estudiantes, generando un daño futuro complejo de revertir.
- La implementación actual del programa se ajusta por la estrechez financiera. Esto ha llevado a que se requiriera aplicar criterios de priorización no estandarizados, lo que ha generado inequidades en salud debido a los cambios anuales en estos criterios en cada territorio.
- Los sistemas de información disponibles para hacer monitoreo y evaluación del programa son limitados, prueba de ello es que no fue posible en esta evaluación completar información básica de cobertura. Las bases de datos del programa son completas, pero el sistema de información es rígido y no se ha actualizado en años, por lo que no permite sacar provecho de toda esa información. Además, el programa no tiene la capacidad técnica ni los recursos humanos para analizar estos datos y construir nuevos indicadores. Por otra parte, hay elementos que siendo relevantes para la acción del programa no están disponibles y fueron creados para el contexto de esta evaluación, por ejemplo, panel de compras de las licitaciones.

### **Eficiencia / Economía**

- El presupuesto del programa es una asignación fija, lo que, sumado a la reducción presupuestaria, fundamentada por los años de pandemia, subejecuciones en años anteriores, prioridad en otras acciones de salud escolar y al aumento de los costos generales de la economía, ha resultado en una cobertura inferior a la meta que debería ser el 100% de la población objetivo y una calidad variable, por ejemplo que existió oportunidad de entrega en tratamientos de postura pero ello no se dio en oftalmología y otorrino, además de la heterogeneidad de resultados en los indicadores de calidad-acceso.
- El análisis de eficiencia, entendido como la capacidad de lograr más resultados con menos recursos, no resulta aplicable en este contexto, dado que el programa ha enfrentado una reducción significativa de su presupuesto. Esta situación ha obligado a priorizar actividades y gestionar cupos limitados, afectando su alcance, funcionamiento y calidad de las intervenciones. Un análisis de estas características requiere definir una canasta de acciones para evaluar su costo en el tiempo.
- Los costos por estudiante tamizado son en promedio \$ 3.009 para el periodo de evaluación y relativamente similares entre especialidades. El costo por consulta ha oscilado entre \$ 15.000 y \$ 27.000 en el periodo de evaluación, siendo en promedio más bajo en oftalmología y más alto en columna.
- El aporte de terceros, comunidades, docentes y comunidad académica es central para el funcionamiento del programa, esto se demuestra porque son los docentes quienes realizan la pesquisa, son los coordinadores de salud en las escuelas los que gestionan los casos con Junaeb, son los actores fuera del Estado sean estos

profesionales de la salud y universidades los que dan soporte técnico a las intervenciones, pero su contribución no ha sido cuantificada y no está presente en ningún documento del Junaeb y tampoco en las fichas de monitoreo de MDSyF. En esta evaluación se hace una primera aproximación, siendo ésta la cota inferior, y resulta que aportan el 60% de los recursos del Programa.

- Los gastos de administración son esenciales y mínimos para el trabajo en el territorio. Dichos gastos fueron estimados, por el panel, para la presente evaluación de acuerdo con una lógica de centros de costos, resultando que en términos relativos son en promedio 11,6% del presupuesto del programa. Es importante indicar que se contó con medidas de estimación de este gasto basado en el peso relativo que tiene el programa en Junaeb, cuyo resultado no permite una adecuada valorización de los costos fijos que dan soporte al programa. A su vez, existen diversas mediciones del gasto en administración, los que se indican en las fichas de monitoreo y cuenta pública, donde ambos son una estimación basada en gastos proporcionales al tamaño del programa en términos financieros lo cual es equivocado para medir el real desembolso de recursos.
- Las compras, principalmente de los tratamientos, han sido centralizadas sin evidencia de mayor eficiencia. Se ha demostrado en esta evaluación que los tiempos adjudicatorios son más del doble en la Dirección Nacional que en Regiones. Parte de ello se explica porque al ser centralizados, y dado los montos, son licitaciones que requieren la autorización de contraloría, pero cuando son en los territorios la gran mayoría no lo requiere. A su vez, al centralización y asignación a limitados oferentes puede generar monopolios artificiales, generando un riesgo para el programa.

### **Resultados del Programa**

- El año 2020, producto de la pandemia, el programa sufrió una fuerte caída en la producción de los servicios, de la cual se ha ido recuperando paulatinamente, pero sin alcanzar el nivel prepandemia. Esto ha ido generando una brecha de estudiantes sin atender, que en la actualidad alcanza a 59.982 para tamizajes, 56.816 para consultas médicas y 62.281 para tratamientos, según estimaciones del programa.
- En promedio, en cada año del periodo evaluado, más de un 30% de los alumnos pesquisados quedan sin tamizar y más de un 40% de los alumnos tamizados con daño quedan sin asistir a una consulta de ingreso.
- No se pudo calcular la cobertura efectiva, medida sobre la población objetivo. Sin embargo, el análisis de la cobertura por componentes indica que la probabilidad de que un estudiante con daño efectivamente acceda a una consulta es inferior al 50%. Las causas de la menor cobertura a la esperada (100%), están en las restricciones financieras (externas, internas y endógenas), pandemia, y cambios organizacionales durante estos últimos 4 años.
- La mayor inscripción de establecimientos municipales y la baja participación de los particulares subvencionados, se explica, por una parte, en la existencia de restricciones a la entrada ya que el mismo establecimiento debe asignar recursos para la ejecución; también, los establecimientos particulares subvencionados deben trabajar con Junaeb de forma directa ya que no dependen del municipio, y por tanto existe una mayor vinculación del programa con establecimientos municipales ya que existe un coordinador comunal.
- Durante la evaluación se revela que no se cuenta de una valorización de los aportes de terceros, como comunidades educativas, coordinadores territoriales, expertos clínicos-técnicos, entre otros, que permiten la realización del programa. Se realizó un ejercicio simple de valoración y que permite visualizar que los aportes de Junaeb representan un 41% del presupuesto total del programa. Esto indica que sin el aporte de terceros

el Fisco debería más que duplicar los aportes financieros del programa para al a menos lograr la cobertura actual.

- El Programa, siendo la única oferta programática para estos problemas de salud en esta población objetivo, no cuenta con los recursos financieros para atender dicha población. Incluso no sería posible atender a la población de los establecimientos ya adscritos sino se contará con el aporte de las municipalidades.
- El programa sigue el ciclo anual educativo (10 meses), concentrando los tratamientos en el cuarto trimestre, cuando el año escolar está por terminar. En ese contexto, la gestión de la compra de servicios de salud debe ser oportuna y sin errores, ya que de lo contrario no se alcanza a atender a la población que ha sido identificada para ser intervenida. Por tanto, se vuelve un proceso crítico para el éxito del programa y requiere de una planificación y diseños acordes con las necesidades y oportunidades de mercado. En esta evaluación el programa no disponía de un panel de información de compras a su vez, La temporalidad de ejecución de 10 meses limita adelantar procesos o subsanar problemas de ejecución que conllevan a población rezagada.

## RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones se presentan en el orden de importancia que les ha dado el panel, indicándose para cada una si puede ser ejecutada en el largo plazo (LP) o corto plazo (CP)

- Para que el programa logre su propósito, es fundamental normalizar/recuperar, al menos, el presupuesto perdido en los últimos años. Sin un financiamiento suficiente, muchas de las medidas propuestas no podrán implementarse de manera efectiva, no se podrían sumar más establecimientos y menos aún, poblaciones sujetas a otros problemas de salud. A ello se adiciona que el programa presenta una alianza clave con los municipios y comunidades educativas, lo cual muestra la potencia que tienen las alianzas para el ejercicio de las políticas públicas. (LP)
- En el largo plazo, el programa debería apuntar hacia la universalización en la medida que no existan otras soluciones por parte del Estado, es decir a que el 100% de los establecimientos financiados por el Estado estén adscritos. Deberá evaluarse en su mérito y con sentido de realidad el alcance de la población sugerida, lo cual requerirá de un estudio de costos y de proyección financiera a realizar por Junaeb o Dipres. (LP)
- Varias de las mejoras y ajustes recomendados son factibles de realizar, ya que dependen principalmente de la reorganización interna, la optimización de normas y procedimientos, y no requieren cambios normativos de gran envergadura. (CP)

## Diseño del Programa

- Actualizar el diagnóstico inicial del programa, con el fin de para evaluar la mantención de las mismas patologías y/o la inclusión de otros problemas de salud en esta población (obesidad, por ejemplo). (CP)
- Una vez actualizado el diagnóstico, realizar un proceso de actualización del diseño del programa, considerando las necesidades actuales de la población escolar, las capacidades territoriales, los recursos disponibles y el perfil epidemiológico vigente. Esta actualización debe incluir una revisión del enfoque, los objetivos y las modalidades de intervención, basada en evidencia. Este proceso debe además incorporar una revisión integral de las intervenciones en salud dirigidas a la población pediátrica y juvenil, con el fin de evitar el fraccionamiento de acciones y maximizar su coherencia, efectividad e impacto. (LP)

- Crear un consejo de expertos para evaluar periódicamente la situación epidemiológica y el impacto del programa, permitiendo ajustes estratégicos según la evidencia. Esto incluye actualizar periódicamente (cada tres a cinco años) el diagnóstico de problemas de salud de la población objetivo para reflejar nuevas problemáticas como obesidad, salud mental y autismo, asegurando que se fundamenten en evidencias vigentes. Además, incluir un mecanismo institucionalizado para la actualización constante de guías y protocolos, asegurando su pertinencia y vigencia según la evolución de las necesidades de salud escolar. Se recomienda el uso de metodologías como GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) y el proceso Evidence to Decision (EtD), garantizando decisiones basadas en evidencia y criterios transparentes. (CP)
- Revisar la lógica horizontal de la matriz de marco lógico del programa, considerando la propuesta entregada por el panel en el anexo 2(d). (CP)
- Incorporar el enfoque de equidad, utilizando la metodología propuesta por OMS-OPS. Algunos elementos necesarios a tener en cuenta a la hora de realizar esta recomendación son: la adscripción voluntaria, la pérdida de casos desde que son pesquisados a que son tamizados, desde que son tamizados a que deben ser atendidos y desde que son atendidos a que reciban el tratamiento. Las diversas barreras, como las que se mencionaron en las entrevistas, referidas fundamentalmente a aspectos relacionados con: la ruralidad, la vulnerabilidad social, la pérdida de confianza por la excesiva demora en conseguir la atención y luego el tratamiento, la pérdida de adhesividad por mala calidad de algunos tratamientos. En el corto plazo, se requiere generar una norma de criterios mínimos de priorización local para cuando haya disminución de presupuesto, garantizando equidad en la distribución de recursos y evitando barreras de acceso para los estudiantes perteneciente a grupos vulnerables. (CP)
- Incorporar un enfoque de derechos para poblaciones vulnerables, incluyendo etnias, migrantes, población LGBTQ+ y estudiantes en situación de discapacidad, promoviendo medidas concretas para reducir brechas de acceso. (CP)
- Incluir el enfoque de equidad de género en el diseño e implementación, especialmente en traumatología, garantizando que las diferencias identificadas entre hombres y mujeres sean abordadas en la atención médica y prestación de servicio. Considerar, de acuerdo con los expertos en déficit postural entrevistados, adelantar a quinto año básico la pesquisa y tamizaje en niñas; realizar tamizaje universal en niñas y el habitual en niños. (CP)
- Retomar la ejecución del Componente 1 de Promoción de Salud a través de la normalización presupuestaria (CP)

### **Implementación**

- Analizar la integración de manera sistémica de los programas de salud que ejecuta Junaeb en un solo programa (salud escolar) en que cada subprograma (servicios médicos, habilidades para la vida, etc.) actúe como componentes. Esto con el fin de aprovechar sinergias y tener un enfoque integral centrado en el estudiante. (LP)
- Analizar un ajuste del calendario de atención, para que los tratamientos médicos sean realizados en los primeros meses del año escolar, evitando desventajas para los estudiantes y maximizando el impacto educativo. Además, de evaluar la incorporación de metodologías como cohortes bianuales o ciclos de 18 meses, mejorando la planificación del tamizaje y tratamiento. Todo esto permitiría hacer más eficiente el

proceso de intervención y dar la oportunidad de que en caso exista una demora en las compras de los dispositivos (tratamiento) tener un margen de tiempo “extra” para poder atender al estudiante que ya está identificado que necesita la intervención. (CP)

- Estructurar la coordinación entre actores gubernamentales, sean estos Mineduc, Minsal, MDSyF y sus servicios dependientes, actores del mundo municipal, territorio y establecimientos educativos para maximizar el impacto del programa. Una manera de hacer lo anterior, es por medio del funcionamiento efectivo de las comisiones mixtas de salud y educación en todos los niveles de operación del programa (central al comunal). (CP)
- Se requiere estabilizar la dotación en lo que respecta al programa Servicios Médicos. Se recomienda realizar un análisis integral de funciones y roles, tanto a nivel de la Dirección Nacional como de las Direcciones Regionales. Este análisis debe permitir definir organigramas más uniformes, delimitar con precisión los alcances de cada unidad, verificar la existencia de todas las competencias necesarias y evaluar las cargas laborales. Asimismo, resulta fundamental revisar la planta de recursos humanos y la carga de trabajo del personal involucrado en la gestión y ejecución del programa, con el fin de garantizar que los recursos disponibles sean suficientes y eficaces, evitando situaciones de sobrecarga y asegurando estándares de calidad en la atención. (LP)
- Se sugiere como buena práctica organizacional generar capacitaciones internas sobre liderazgo, gestión en ambientes VUCA,<sup>71</sup> entre otras y gestión del cambio, ya que los cambios organizaciones si tienen impacto en las personas. (CP)
- Considerar de forma permanente para la gestión un panel de indicadores de compra y seguimiento de las licitaciones, para poder alertar desviaciones y tomar acciones oportunas en caso de licitaciones con ofertas desiertas. A su vez, de establecer sistemas de auditoría y supervisión para evaluar la calidad y cumplimiento de los procesos licitatorios y de implementación, con mecanismos de mejora continua. (CP)
- Generar un plan que permita en el mediano plazo atender la brecha de estudiantes rezagados, incluyendo aquellos que no han sido pesquisados ni tamizados, sin dejar de lado estudiantes sin detectar. Este plan debe contemplar los recursos necesarios y cambios organizacionales necesarios, incluyendo compromisos de gestión y desempeño. (CP)
- Generar una norma de criterios mínimos de priorización local para disminuir la diversidad de formas de priorización a la hora de asignar los recursos locales y así disminuir las inequidades entre territorios. (CP)
- Implementar un sistema moderno de información para la gestión del programa y la toma de decisiones basada en evidencia, con indicadores clave de desempeño. Esto, implica estandarizar y normar el registro de algunos campos de la base de datos de las atenciones del programa, de manera que los sistemas de información cuenten con datos confiables y puedan operar con otros sistemas (por ejemplo, ficha clínica electrónica) y generar la información necesaria para la gestión operativa y estratégica del programa. Adicionalmente, evaluar la incorporación capacidades técnicas de análisis de datos en el programa, ya sea con personal propio o externalizado. (LP)

---

<sup>71</sup> VUCA es un acrónimo en inglés que describe un entorno caracterizado por la volatilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad.

- Incorporar indicadores en el programa para la medición de resultados y mejora continua, como la comparación de trayectorias educativas entre estudiantes intervenidos y no intervenidos, asegurando su vinculación con metas específicas. (CP)

### **Eficiencia / Economía**

- Iniciar el ciclo de presupuestación con el presupuesto local basado en la demanda esperada para poder dimensionar brechas de recursos al momento de hacer el presupuesto nacional y su asignación local. Dejar establecido que lo restringido implica población rezagada o en lista de espera, y por tanto se deben buscar estrategias complementarias para su atención. (CP)
- Revisar el modelo de financiamiento, combinando asignaciones fijas con esquemas variables ajustados a la demanda real, garantizando sostenibilidad financiera y cobertura universal. En esta línea se podría evaluar la implementación de un sistema de pago per cápita con metas de cobertura, que permita financiar los servicios de salud de manera más eficiente y equitativa. A su vez, garantizar financiamiento mínimo para el componente de promoción, asegurando que no sea eliminado por restricción presupuestaria. (LP)
- Considerando que los recursos financieros son limitados, buscar nuevas fuentes de financiamiento, tanto nacionales- por ejemplo de los gobiernos regionales o apoyo de privados- como internacionales, promoviendo la inversión en salud escolar y las alianzas. (CP)
- Establecer indicadores que permitan medir eficiencia. Esto requiere la construcción de una canasta de servicios de salud y dispositivos que se valorizan, se ponderan y siguen en el tiempo. Lo habitual en estos casos es utilizar el índice de Laspeyres, que compara el costo actual de la canasta con su costo en un período base, manteniendo constantes las cantidades. (CP)
- Llevar una gestión presupuestaria por componente, identificando el gasto en producción como el gasto administrativo, En esto último, establecer un método basado en costos directos e indirectos más que en sistemas de proporcionalidad del gasto (basados en el tamaño relativo-presupuestariamente-del programa). A su vez en este punto, se requiere avanzar por parte de MDS y DIPRES en un arquetipo de tipos de gasto de administración que permitan su comparación y por tanto evaluación, Eficiencia / Economía. (LP)
- Dado que el aporte de terceros es clave para comprender la cobertura, el alcance y los resultados del programa, se requiere desarrollar un estudio específico para ello donde se desarrolle una metodología de cálculo basada en datos reales y ajustada a la realidad de cada establecimiento. Este modelo y parametrización debe ser actualizable, permitir la incorporación de nuevos establecimientos y facilitar el cálculo anual de aportes. Para ello, se requiere un levantamiento detallado del funcionamiento en terreno, junto con un mapeo preciso de los aportes locales, incluyendo el valor del involucramiento de actores externos como comunidades, docentes y la academia. Cuantificar este aporte permitirá transparentar su impacto, optimizar sinergias y analizar su efecto en la decisión voluntaria de los establecimientos para sumarse al programa. (CP)
- Determinar y analizar la escala óptima de operación, para que se logre el punto de eficiencia máximo en materia de gastos de administración, dado que al ser estos principalmente fijos, se reducirían en términos relativos y, por tanto, se podría ser más eficientes aumentando la escala de producción (más número de estudiantes atendidos). (LP)
- Descentralizar el proceso de licitación para reducir los tiempos de adjudicación y mejorar la gestión territorial de los servicios, promoviendo mayor eficiencia en la ejecución, considerando que existen las competencias

para la realización local sumado a que cuentan con apertura financiera en SIGFE las Direcciones Regionales. Además, se sugiere analizar el impacto que tiene en la economía y estructura de mercado la compra descentralizada. (CP)

### III. BIBLIOGRAFÍA (Informe y Anexos)

- Abramovich V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Revista de la CEPAL. Abril de 2006;(88):50.
- Araneda, Andrés y Aguilar, Sebastián (2021). Estado del arte de la evaluación postural para niños niñas y adolescentes en edad escolar a nivel nacional y latinoamericano. Tesis para optar al grado de licenciado en kinesiología. Departamento de kinesiología. Facultad de artes, educación física y kinesiología. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Marzo de 2021. PDF.
- Arroyo V, Hiram (2012). Curso de Métodos de Promoción de la Salud y Educación para la Salud II. Maestría en Educación para la Salud de la Universidad de Puerto Rico. 2012.
- ATscale (2023). Argumentos a favor de la inversión en tecnología de apoyo. Los extraordinarios beneficios económicos, sociales y para la salud de ayudar a mil millones de personas a vivir una vida plena y digna. <https://atscalepartnership.org/investment-case>
- Augestad LB. Self-concept and self-esteem among children and young adults with visual impairment: A systematic review. Cogent Psychology. 2017;4(1):1319652.
- Barría, Fernando y Conte, Francisco (2013). Estudio de la Prevalencia de Vicios de Refracción y Factores Asociados a Limitación Visual en Escolares de Chile. <https://vision2020la.wordpress.com/2014/01/09/estudio-de-la-prevalencia-de-vicios-de-refraccion-y-factores-asociados-a-limitacion-visual-en-escolares-de-chile/>
- Barría, Fernando; Conte, Francisco; Muñoz, Sergio; Leasher, Jeanette y Silva, Juan (2018). Prevalence of refractive error and spectacle coverage in schoolchildren in two urban areas of Chile. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e61. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.61>
- Bastías, Magdalena; Villena, Rodolfo; Dunstan, Jocelyn y Zanolli, Mario (2021). Miopía y Astigmatismo miópico en escolares Andes pediater. 2021;92(6):896-903. DOI: 10.32641/andespediatr.v92i6.3527
- Breslow, Lester (1999). From disease prevention to health promotion. JAMA. 1999 Mar 17;281(11):1030-3. doi:10.1001/jama.281.11.1030.
- Brito-Hernández, Leonidas; Espinoza-Navarro, Omar; Díaz, Jorge y Lizana, Pablo (2018). Evaluación postural y prevalencia de hipercurvatura e hiperlordosis en estudiantes de enseñanza básica. Int. J. Morphol., 36(1):290-296, 2018.
- Cabello J, Espinoza F, Núñez S. (2020). Características epidemiológicas de errores refractivos en universitarios pertenecientes a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso durante el año 2018. Universidad de Valparaíso.
- Cáceres, Marcela (2021). Cobertura estatal de la Hipoacusia en Chile. Biblioteca del Congreso Nacional. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32386/1/BCN\_Cobertura\_de\_la\_hipoacusia\_en\_Chile\_MC.pdf
- Carlton, Jill; Karnon, Jonathan; Closki-Murray, Caroline y Smith KJ., Marr J. (2008). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of screening programmes for amblyopia and strabismus in children up to the age 4-5 years: a systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment 2008; 12 (25): 1-230.
- Cárcamo, Marcela; Espinoza, Pamela; Macarena Rodas; Urrejola, Óscar; Bettany-Saltikov, Josette y Grivas, Theodoros (2023). Prevalencia, riesgo de progresión y calidad de vida en estudiantes tamizados para escoliosis idiopática adolescente. Andes pediater. 2023; 94(1):78-85 DOI: 10.32641/andespediatr.v94i1.3989
- Cardemil, Felipe; Mena, Pamela; Herrera, María; Fuentes, Eduardo; Sanhueza, David y Rahal, Maritza (2016). Prevalencia y causas de hipoacusia en una muestra de escolares de la zona sur de Santiago. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2016; 76: 15-20 [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162016000100003&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162016000100003&script=sci_abstract)
- Castillo, Nicole (2017). "Pesquisa de Escoliosis Idiopática del Adolescente Mediante la Prueba Clínica de Adams". Seminario de investigación para optar al grado de licenciado en kinesiología. Escuela de Kinesiología. Universidad de Valparaíso.

- Chanfreau J, Cebulla A. Educational attainment of blind and partially sighted pupils. National Centre for Social Research (NatCen) for RNIB. 2009.
- Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. Observación General No 14. 2000. <http://www.derechos.org/nizkor/ley/doc/obgen1.html>
- Díaz, Rodrigo; Raimann, Rolf y Fariña, Ariel (2003). Pesquisa de ambliopía en preescolares del Centro de Salud familiar Bernardo Leighton. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. Nov 74(6): 595-598. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S03701062003000600006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03701062003000600006&lng=es) doi: 10.4067/S0370-41062003000600006
- DiClemente, Ralph; Crosby, Richard y Kegler, Michelle (Eds) (2002). Emerging Theories in Health promotion Practice and Research. Strategies for Improving Public Health. Jossey-Bass; 2002. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)
- Díaz U. Rodrigo, Raimann S. Rolf, Fariña B. Ariel. Pesquisa de ambliopía en preescolares del Centro de Salud familiar Bernardo Leighton. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 2003 Nov; 74(6): 595-598. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S03701062003000600006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03701062003000600006&lng=es) doi: 10.4067/S0370-41062003000600006. Acceso en junio 2012.
- Ethan D. y Basch CE. 2008; Promoting healthy vision in students: progress and challenges in policy, programs, and research. The Journal of School Health. 2008;78(8):411–6.
- Fernández M, Ochsenius C, Cancino A, Donoso B, Salinas J, (Editores) (2008). Buenas Prácticas de Promoción de Salud y Participación Ciudadana. Ministerio de Salud Chile, Universidad de Los Lagos. Santiago de Chile: Gráfica LOM; 2008. 113 p.
- Flasco (2015). Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. Chile; 2015.
- Garcia, R., & Thompson, S. (2020). Organizational change and its discontents: A meta-analysis of the impact of change on employee attitudes and behavior. Academy of Management Perspectives, 34(2), 291–305. <https://doi.org/10.5465/amp.2018.0074>
- Gonzáles M. Prevalence of refractive errors in children in Madrid (Spain). European Academy of Optometry and Optics. 2017
- Grzybowski A, Kanclerz P, Tsubota K, Lanca C, Saw SM. (2020). Una revisión sobre la epidemiología de la miopía en escolares de todo el mundo. BMC Ophthalmol. 2020;20(1):27.
- Guzmán, Lourdes (Coor)(2014). Introducción a la Promoción de la Salud. Universidad Autónoma de la Ciudad de México. 2014.
- Hambleton, S. y Hoggett, P. (1994). A framework for understanding area-based desentralisation, Local Government. Policy Marketing, 20 (4), 5-12.
- Hashemi H, Fotouhi A, Yekta A, Pakzad R, Ostadimoghaddam H, Khabazkhoob M. (2018). Estimaciones globales y regionales de prevalencia de errores de refracción: revisión sistemática y metanálisis. J Curr Ophthalmol. 2018 ;30(1):3–22.
- Hermética consultores (2018). Estudio cuantitativo de la trayectoria educativa de los estudiantes que pertenecen al programa de SSMM de JUNAEB. Informe final. PDF.
- HSE National Health Promotion Office Ireland (2011). The Health Promotion Strategic Framework. Ireland; 2011 [http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF\\_HSE.pdf](http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF_HSE.pdf)
- International Agency for the prevention of blindness (SI). Visión 2020: el derecho a la visión. Visión para niños. Una perspectiva general de la ceguera, la infancia y visión 2020. [http://www.vision2020.org/mediaFiles/downloads/43924473/DMV\\_REPORT\\_E\\_para\\_web\\_pdf.pdf](http://www.vision2020.org/mediaFiles/downloads/43924473/DMV_REPORT_E_para_web_pdf.pdf)
- Jobke S, Kasten E, Vorwerk C. The prevalence rates of refractive errors among children, adolescents, and adults in Germany. Clin Ophthalmol. 2008;2(3):601–7.
- Junaeb (2025). Retroalimentación EPG 2025. Sección Planificación. Power point. Abril de 2025.

- Junaeb (2024a). Orientaciones Técnico-Programáticas. Unidad de Bienestar Estudiantil. Departamento de Programas Año 2024.
  - (2024b). Programa servicios médicos. Sección servicios médicos y salud oral. Subdepartamento de salud. Presentación en Power Point. Diciembre 2024.
  - (2024c). Diagnóstico de Vulnerabilidad en Pre-Escolares 2023. Subdepartamento de Estudios y Análisis de Datos. Departamento de Planificación. Dirección Nacional. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. Ministerio de Educación. [www.junaeb.cl/estudios-y-analisis-de-datos](http://www.junaeb.cl/estudios-y-analisis-de-datos)
- Junaeb (2023). Planificación Estratégica 2024 – 2025. <https://www.junaeb.cl/planificacion-estrategica/>
- Junaeb (2022). Diagnóstico Institucional de Género 2022. <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2024/09/Diagnostico-institucional-de-genero-Junaeb-2022.pdf>
  - Junaeb (2017a). Normas de Control de Patologías Oftalmológicas 2017. Programa salud del estudiante.
  - (2017b). Normas de Control de Patologías de Otorrinolaringología 2017. Programa salud del estudiante.
  - (2017c). Salud en la Escuela. Guía para la Comunidad Educativa. Departamento de salud del estudiante, Junta nacional de auxilio escolar y becas, Junaeb, 2017.
  - (2017d). Normas de Control de Patologías Oftalmológicas 2017. Programa salud del estudiante.
- Junaeb y Minsal (SI). Caja de herramientas. Prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Recursos para apoyar a los establecimientos educacionales en una estrategia de prevención de la conducta suicida. Programa habilidades para la vida de Junaeb - Programa Nacional de prevención de suicidio de Minsal. chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://convivenciaparaciudadania.mineduc.cl/wp-content/uploads/2023/11/JUNAEB.-Caja-de-herramientas-Prevencion-conducta-suicida.pdf
- Junaeb y Sociedad Chilena de Traumatología y Traumatología (2007). Normas de control de patologías ortopédicas. Programa Salud del Estudiante. Ministerio de Educación. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. Sociedad Chilena de Traumatología y Traumatología.
- Krieger N. A glossary for social epidemiology. Epidemiol Bull. 2002;23(1):7–11.
- Lee, K., & Chen, M. (2019). Change management: The role of internal communication and employee development. International Journal of Human Resource Studies, 9(3), 1–15. <https://doi.org/10.5296/ijhrs.v9i3.15044>
- Mansilla, Carola; Villalobos, Pablo; Sugg, Daniela (2023). Evaluación de Programa Gubernamental Ayudas Técnicas. Dipres [https://www.dipres.gob.cl/597/articles-316279\\_r\\_ejecutivo\\_institucional.pdf](https://www.dipres.gob.cl/597/articles-316279_r_ejecutivo_institucional.pdf)
- Maul, Eugenio; Barroso, Silvana; Muñoz, Sergio; Sperduto RD, Ellwein LB (2000). Refractive Error Study in Children: results from La Florida, Chile. Am J Ophthalmol. 2000 Apr;129(4):445-54. DOI: 10.1016/s0002-9394(99)00454-7 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10764851/>
- McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Article in Health Education Quarterly. 1988;15(4):351–77. DOI: 10.1177/109019818801500401
- Mideso (2023a). Presentación de resultados: Prevalencia de discapacidad en Niñas, Niños y Adolescentes Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022. División Observatorio Social. Subsecretaría de Evaluación Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Abril de 2023. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endide-2022>
- Mideso (2023b). Informe sobre el Bienestar en niñas, niños y adolescentes. División Observatorio Social. Subsecretaría de Evaluación Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Abril de 2023. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endide-2022>
- Mineduc (2024). Plan de Reactivación Educativa 2024. chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://reactivacioneducativa.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/127/2024/04/Plan-de-Reactivacion-Educativa-2024-Ministerio-de-Educacion-de-Chile.pdf
- Mineduc y Minsal (SI). Protocolo de coordinación MINSAL JUNAEB para la atención de salud escolar en establecimientos de educacionales. Control de salud infantil 5 - 9 años. Control de salud joven sano 10 - 19 años.
- Minsal (2021). Norma Técnica para la Supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud - Actualización 2021. Programa Nacional de Salud de la Infancia. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.

- Minsal (2019). Informe de cierre de Planes Trienales de Promoción de la Salud 2016-2018. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Depto. Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Subsecretaría de Salud Pública. Febrero de 2019.
- Minsal (2017). Orientaciones político-estratégicas para el gobierno local avanzando hacia políticas públicas locales para el bienestar colectivo. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2017.
- Minsal (2016). Orientaciones para la elaboración de planes trienales de promoción de la salud para municipios comunas y comunidades saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2016.
- Minsal (2015). Municipios, Comunas y Comunidades Saludables Orientaciones Técnicas. Junio 2015. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Subsecretaría de Salud Pública. 2015.
- Minsal (2014). Orientaciones para Planes Comunales de promoción de la Salud 2014. Ministerio de Salud Chile.
- Minsal (2011). Estrategia Nacional de Salud: para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Minsal (1997). Decreto 585 Crea comisiones mixtas asesoras de salud y educación. Ministerio de Salud. Ene-1997. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=60438&f=1997-01-27>
- Naciones Unidas (1990). Convención sobre los Derechos del Niño. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc\_SP.pdf
- Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos 1948. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Negrel, Dominique; Maul, Eugenio; Pokharel, Gopal; Zhao, Jialiang y Ellwein, Leon (2000). Refractive error study in children: sampling and measurement methods for a multi-country survey. American Journal of Ophthalmology - April 2000 (Vol. 129, Issue 4, Pages 421-426).
- Oh H, Ozturk A, Kozub M. Physical activity and social engagement patterns during physical education of youth with visual impairments. Re:view. 2004;36(1):39.
- OMS (2020). Informe mundial sobre la visión. ISBN 978-92-4-000034-6. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331423/9789240000346-spa.pdf>
- OMS (2016). Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2016. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf?ua=1#:~:text=Reunidos%20del%2021%20al%2024,sus%20Objetivos%20de%20Desarrollo%20Sostenible>
- OMS (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. 2005.
- OMS (2014). Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action World Health Organization. WHO. 2014. <http://www.who.int/cardiovasculardiseases/140120HPRHiAPFramework.pdf>
- OMS (2011). Cerrando la Brecha: la Política de Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud: documento de trabajo: Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud: Organización Mundial de la Salud. Río de Janeiro Brasil; 2011 [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)
- OMS (2008). Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. Subsanan las desigualdades en una generación: Resumen Analítico. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra-Suiza; 2008 [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008\\_execsumm\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf)
- OMS (2000). Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. México. 2000. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf?ua=1)
- OMS (1997). Declaración de Yakarta, sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. 1997. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf)
- OMS (1998). Glosario de Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1998. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?ua=1)

- OMS (1986). Carta de Ottawa, 1986. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- OMS (1978). Declaración de Alma Ata. 1978.
- Organización Mundial de la Salud, Gobierno de Australia Meridional (2010). Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010. [http://www.who.int/social\\_determinants/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf)
- Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas (2008). Derechos Humanos, Oficina del alto comisionado para los Derechos Humanos. Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza Francia; 2008. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43963/1/9789243563749\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43963/1/9789243563749_spa.pdf?ua=1)
- OPS (2017). Documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral. Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las américas. ámbitos: municipios, escuelas, universidades e instituciones de educación superior. 2017.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Washington, D.C.:. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- OPS (2002). Municipios y Comunidades Saludables: Guía para alcaldes y otras autoridades locales: Promoviendo la calidad de vida a través de la Estrategia de Municipios y Comunidades Saludables. 2002. [http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd63/MCS\\_Guiaesp/MCS\\_Presentacion.pdf](http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiaesp/MCS_Presentacion.pdf)
- OPS (2001). Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. División de Promoción y Protección de la Salud Programa de Salud Familiar y Población Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes. 2001. <https://www.paho.org/spanish/hpp/hpf/adol/comsocial.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1999). Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Paltex; 1999. <http://paltex.paho.org/bookdetail.asp?bookId=PXE41>
- Pepper, Susana; Arce, Roberto; Saint-Pierre, Enrique y Vicencio, Carlos (2017) Informe Final de Evaluación de la Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG) del Programa Salud Oral del Ministerio de Educación y la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB).
- Rahi, Jugnoo and Gilbert, Clare (2023). Epidemiology and world-wide impact of visual impairment in children. En Taylor D. y Hoyt C., Pediatric Ophthalmology and Strabismus. Chapter 1: Page 1- 15. Publisher: Saunders (W.B.) Co Ltd., 2023.
- Restrepo, Helena y Málaga, Hernán (2001). “Promoción de Salud: Cómo construir Vida Saludable”. Editorial Médica Panamericana S.A. 2001.
- Rainey L, Elsmann EBM, van Nispen RMA, van Leeuwen LM, van Rens G. Comprehending the impact of low vision on the lives of children and adolescents: a qualitative approach. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2016;25(10):2633–43
- Ramírez-Ortiz, Marco; Amato-Almanza, Mónica; Romero-Bautista, Iván; Klunder-Klunder, Miguel; Aguirre-Luna, Oswaldo; Kuzhda, Iryna; Resnikoff, Serge; Eckert, Kristen y Van Lansingh, Charles. A large-scale analysis of refractive errors in students attending public primary schools in Mexico. Scientific Reports | (2023) 13:13509 | <https://doi.org/10.1038/s41598-023-40810-5> [www.nature.com/scientificreports/](http://www.nature.com/scientificreports/)
- Rodríguez, Javiera y Vázquez Javier (2024). Evaluación cualitativa del proceso de tamizaje de columna realizado por servicios médicos de Junaeb considerando aspectos como el sexo y la maduración esquelética de niñas niños o adolescentes en edad escolar. Tesis para optar al grado de licenciatura de kinesiología. Departamento de kinesiología. Facultad de artes y educación física. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. junio de 2024. PDF.
- Romo, Javiera y Cumsille, Patricio (2020). Caracterización de estudiantes con trayectorias educativas interrumpidas en una muestra de escuelas de reingreso a través de análisis de clases latentes. Pensamiento Educativo. Revista de Investigación Educativa Latinoamericana 2020, 57(1), 1-20 [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-04092020000100104&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-04092020000100104&script=sci_abstract)

- Sallis JF, Floyd MF, Rodríguez DA, Saelens BE (2012). The Role of Built Environments in Physical Activity, Obesity, and CVD. *Circulation*. 7 de febrero de 2012;125(5):729–37.
- Sihto M, Ollila E, Koivusalo M. (2006). Principles and challenges of Health in All Policies. In: Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (eds), 'Health in All Policies: prospects and potentials'. Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki, pp. 3–20.
- Silva, Matías (2023). Prevalencia de errores refractivos en escolares usuarios del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB. Período 2014-2019. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/201619>
- Solar O. y Irwin A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social Determinants of health Discussion paper 2: Debates, Policy & Practice, Case Studies. Organización Mundial de la Salud. Ginebra-Suiza; 2010.  
[http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
- Solar, Orielle (2018). Rediseño de programas con enfoque de Equidad. Material del Magíster en Salud Pública de la Universidad de Valparaíso. PDF.
- Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut y (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012 Jan 25; 12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- Superintendencia de Salud (2023). Caracterización de las especialidades médicas en Chile en 2022. Departamento de Estudios y Desarrollo. Julio 2023. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2024/02/articles-26547\_recurso\_1.pdf
- Toledo CC, Paiva AP, Camilo GB, Maior MR, Leite IC, Guerra MR. Early detection of visual impairment and its relation to academic performance. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992). 2010;56(4):415–9.
- Universidad de Cantabria (SI). La Educación para la Salud. Curso de Promoción de la salud. <https://ocw.unican.es/mod/page/view.php?id=491>
- Urbina, Ignacio y Sugg, Daniela (2021). Análisis de la Eficiencia de los Hospitales Públicos de Alta Complejidad en Chile entre 2014 y 2018. Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda
- Viero, Ana; Ilha, Lidiane y Turra, Patrícia (2004). Investigaçãoda postura corporal de escolares em estudos brasileiros. *Fisioter Pesq*. 2015;22(2):197-204. DOI: 10.590/1809-2950/13384622022015.
- World Health Assambly (2021). 148th session EB148.R2. Agenda item 16 22 January 2021. Social determinants of health. WHO. 2021.

## Anexo 1: Reporte sobre el estado y calidad de la información disponible para evaluar el programa

### A. Bases de datos con información relevante para la evaluación

El presente análisis se realizó con los datos entregados por la contraparte DIPRES con fecha 29 de noviembre de 2024.

<b>Nombre: Base de datos atenciones médicas (241212_ATENCIONES MÉDICAS.xlsx)</b>	
Descripción	Contiene los datos de estudiantes atendidos en alguna de las 3 especialidades médicas entregadas por el programa de servicios médicos.
Período de vigencia	2019 al 2023
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censal
Frecuencia de medición	Anual
Campos / Variables	Año, especialidad, tipo de atención, región, provincia, comuna, colegio, datos beneficiarios (nombre, RUT anonimizado, fecha nacimiento, edad), fecha atención, curso, prestación, indicación, diagnóstico
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	Contiene información para cuantificar la producción y beneficiarios efectivamente atendidos
<b>Nombre: Base de datos pesquisas (241212_PESQUISAS.xlsx)</b>	
Descripción	Contiene los datos de estudiantes identificados con sospecha de daño en alguna de las 3 especialidades médicas entregadas por el programa de servicios médicos: Oftalmología Otorrino y Columna.
Período de vigencia	2019 al 2023
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censal
Frecuencia de medición	Anual
Campos / Variables	Año, especialidad, región, provincia, comuna, colegio, curso, datos beneficiarios (fecha nacimiento, sexo), resultado (Sano/No)
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	Contiene información para cuantificar la producción y beneficiarios efectivamente atendidos.
<b>Nombre: Base de datos tamizajes (241212_TAMIZAJE.xlsx)</b>	
Descripción	Contiene los datos de estudiantes identificados con sospecha de daño en alguna de las 3 especialidades médicas entregadas por el programa de servicios médicos en atención de Screening (Tamizaje)
Período de vigencia	2019-2023
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censal
Frecuencia de medición	Anual 2019-2023
Campos / Variables	Año, especialidad, región, provincia, comuna, colegio, curso, datos beneficiarios (fecha nacimiento, sexo), resultado (Sano/No)
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	Contiene información para cuantificar la producción y beneficiarios efectivamente atendidos.

<b>Nombre: FICHAS DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO OFERTA PÚBLICA</b>	
Descripción	Fichas de monitoreo del Ministerio de Desarrollo social (MDS) que dan cuenta de una caracterización general del programa público.
Período de vigencia	Anual
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	censo
Frecuencia de medición	Anual. Se disponen las fichas desde 2020 2024
Campos / Variables	Evalúa las dimensiones de Focalización/cobertura; Eficiencia y ejecución presupuestaria, Eficacia, teniendo indicadores contruidos para ello.
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	Las fichas permiten validar los indicadores en la matriz de Marco lógico, y analizar el propósito y población objetiva definida, e indagar en los hallazgos ya levantados en el proceso de monitoreo, Respecto a la información y datos proporcionados no se consideran lógicos, existe alta variabilidad de beneficiarios y no se condice con los recursos utilizados (por ejemplo, en 2021 menor número de beneficiarios y mayor gasto en un el periodo). Calidad media de la información
<b>Nombre: Encuesta Al acompañante</b>	
Descripción	Modelo de pauta de evaluación al beneficiario / Acompañante o tutor
Período de vigencia	Anual
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo
Frecuencia de medición	Anual
Campos / Variables	10 preguntas. Algunas de respuesta Si/No otras categorías para medir grado de satisfacción Campos que permiten caracterizar al que contesta la encuesta y donde/quien le entrego la prestación.
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	El programa cuenta con las bases de datos del resultado de aplicaciones (BBDD). Se cuenta con información sobre diversos indicadores que mide el programa. En caso de requerirlo serán solicitadas las bases, pero para fines de la evaluación con la información mediante reporte y análisis de los indicadores sería suficiente.
<b>Nombre: Encuesta Satisfacción lentes/audífonos/corse</b>	
Descripción	Modelo de pauta de evaluación al beneficiario / Padres
Período de vigencia	Anual
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo
Frecuencia de medición	Anual
Campos / Variables	10 preguntas. Algunas de respuesta Si/No otras categorías para conocer atributos del elemento/dispositivo entregado Campos que permiten caracterizar al que contesta la encuesta
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	El programa cuenta con las bases de datos del resultado de aplicaciones (BBDD). Se cuenta con información sobre diversos indicadores que mide el programa. En caso de requerirlo serán solicitadas las bases, pero para fines de la evaluación con la información mediante reporte y análisis de los indicadores sería suficiente.
<b>Nombre: Encuesta Satisfacción lentes/audífonos/corse</b>	
Descripción	Modelo de pauta de evaluación al beneficiario / Padres
Período de vigencia	Anual

Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo
Frecuencia de medición	Anual
Campos / Variables	10 preguntas. Algunas de respuesta Si/No otras categorías para conocer atributos del elemento/dispositivo entregado Campos que permiten caracterizar al que contesta la encuesta
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	El programa cuenta con las bases de datos del resultado de aplicaciones (BBDD). Se cuenta con información sobre diversos indicadores que mide el programa. En caso de requerirlo serán solicitadas las bases, pero para fines de la evaluación con la información mediante reporte y análisis de los indicadores sería suficiente.
<b>Nombre: Evaluación de Desempeño de Prestadores, Entidades y/o Equipos Ejecutores de Programas de Salud del Estudiante JUNAEB 2021</b>	
Descripción	Reporte de evaluación que incluye 6 programas de JUNAEB. En el caso de servicios médicos se mide desempeño de acuerdo con una tabla de puntuación de 5 niveles. Es una evaluación que busca calificar al prestador del servicio desde la perspectiva de ellos usuarios.
Período de vigencia	Anual
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo (Al parecer. No es claro)
Frecuencia de medición	No indica
Campos / Variables	Se evalúan 4 partes. Aspectos técnicos, Administrativos en supervisión. Aspectos Administrativos en coordinación. Satisfacción Usaria
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	Es interesante la evaluación ya que se enfoca en evaluar a los prestadores y es utilizado para fines de continuidad del contrato de servicios. La información esta agregado por región y tipo de servicio que se entrega. No se indican los motivos de un bajo logro Permite ser utilizado para evaluar calidad y eficiencia Calidad media de la información
<b>Nombre: Evaluación de Desempeño de Prestadores, Entidades y/o Equipos Ejecutores de Programas de Salud del Estudiante JUNAEB 20220</b>	
Descripción	Reporte de evaluación que incluye 6 programas de JUNAEB. Es una encuesta tomada a los prestadores y busca conocer su perspectiva sobre los contratos y su interés de participar como socio estrategico de JUNAEB
Período de vigencia	Anual
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo
Frecuencia de medición	No indica
Campos / Variables	Se generan 12 preguntas, abiertas y cerradas.
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	Es interesante la evaluación ya que se enfoca en evaluar la satisfacción de e los prestadores. Permite conocer la realidad regional, en algunos casos conocer la visión específica sobre un programa y en otros una visión global de los prestadores. Permite ser utilizado para evaluar calidad y eficiencia Calidad media de la información, ya que no siempre es posible identificar la respuesta al programa servicios médicos, sino que al conjunto

<b>Nombre: Información Presupuestaria y de Ejecución</b>	
Descripción	Información que permite explicar y argumentar el Anexo 3 de Presupuesto. Corresponde informe de ejecución de SIGFE y metodología para definir gastos de administración
Período de vigencia	Permanente
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo
Frecuencia de medición	Trimestral
Campos / Variables	Reporte por subtítulos del gasto y presupuesto para los años en evaluación.
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	Permite el análisis. Pero queda pendiente valorizar los aportes que realizan los establecimientos educacionales
<b>Nombre: Bases de Licitación SSMM</b>	
Descripción	Corresponde al documento de bases de licitación para cada componente-prestación años 2020-2023
Período de vigencia	Anual
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo
Frecuencia de medición	N/A
Campos / Variables	Bases técnicas y administrativas
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	Permite conocer la estructura y contenidos técnicos y operativos de la licitación.
<b>Nombre: Indicadores_Calidad Salud Escolar</b>	
Descripción	Planilla Excel con la medición de indicadores que gestiona el programa
Período de vigencia	Anual
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo
Frecuencia de medición	N/A
Campos / Variables	Por problema de salud (oftalmología, otorrino, columna) los indicadores de acceso, oportunidad, eficacia y satisfacción usuaria años 2019-2023
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	Permite conocer la estructura y contenidos técnicos y operativos de la licitación.
<b>Nombre: Archivos Formulación Presupuestaria Programa Servicios Médicos 2021-2023</b>	
Descripción	Planilla Excel con la formulación del presupuesto solicitado y otorgado por componente y prestación/servicio
Período de vigencia	Anual
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo
Frecuencia de medición	N/A
Campos / Variables	Permite conocer la estimación de demanda de continuidad y expansión, así como la valorización del ítem. Se incluye explicaciones sobre los ajustes.
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	Permite analizar la construcción presupuestaria del programa, y su descomposición por cobertura y valores.

B. Fuentes de información cualitativa y cuantitativa que fueron útiles para identificar la situación problema que dio origen al programa y que permiten proyectar la situación sin programa

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
<p>Araneda, Andrés y Aguilar, Sebastián (2021). Estado del arte de la evaluación postural para niños niñas y adolescentes en edad escolar a nivel nacional y latinoamericano. Tesis para optar al grado de licenciado en kinesiología. Departamento de kinesiología. Facultad de artes, educación física y kinesiología. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Marzo de 2021. PDF.</p>	<p>Estudio de revisión cualitativa a nivel latinoamericano que encuentra que hay falta de protocolización de la evaluación postural no se sabe bien qué es lo que realmente se debe hacer para evaluar la postura. Además, hay escasa evidencia que sustenta los procedimientos utilizados y también hay una pobre presencia de programas de pesquisa postural en Latinoamérica. El rol del kinesiólogo o fisioterapeuta en la evaluación postural y el tamizaje a nivel latinoamericano es importante. El contexto escolar, la prevención y la promoción de la salud postural se debe incorporar porque no basta solo con diagnosticar y tratar. La educación es una herramienta durante la pesquisa y el tamizaje.</p>
<p>Augestad, Liv (2017). Self-concept and self-esteem among children and young adults with visual impairment: A systematic review. Cogent Psychology. 2017; 4(1): 1319652</p>	<p>Estudio que resume el conocimiento científico actual relacionado con el autoconcepto y la autoestima entre niños y adolescentes jóvenes con discapacidad visual (VI). Es una revisión sistemática de los artículos publicados entre 1998 y 2016. Algunos estudios encontraron que la edad y el grado de pérdida de visión influían en la autoestima percibida. En general, se informó que la independencia en la movilidad, el estilo de crianza, el apoyo social y la amistad eran importantes para que los niños con VI mejoraran su autoconcepto y autoestima. Para poder brindar oportunidades para un desarrollo exitoso y una buena autoevaluación, se necesita más conocimientos y más estudios longitudinales de observación y ensayos clínicos aleatorizados de alta calidad para aumentar las posibilidades de sacar conclusiones sobre causa y efecto.</p>
<p>Barría, Fernando y Conte, Francisco (2013). Estudio de la Prevalencia de Vicios de Refracción y Factores Asociados a Limitación Visual en Escolares de Chile. <a href="https://vision2020la.wordpress.com/2014/01/09/estudio-de-la-prevalencia-de-vicios-de-refraccion-y-factores-asociados-a-limitacion-visual-en-escolares-de-chile/">https://vision2020la.wordpress.com/2014/01/09/estudio-de-la-prevalencia-de-vicios-de-refraccion-y-factores-asociados-a-limitacion-visual-en-escolares-de-chile/</a></p>	<p>Comunicación que da cuenta que durante 2013 se realizó un proyecto de investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de una limitación visual asociado a un vicio de refracción, estrabismo y ambliopía en la población escolar de Chile, tomando una muestra representativa de niños de las comunas de Concepción y de La Florida del país. El estudio denominado «Prevalencia de vicios de refracción y factores asociados a la limitación visual en escolares en Chile», fue adjudicado en un concurso público FONIS/CONICYT (FONIS SA12I1223). Dicho proyecto tendrá un gran valor como indicador del Programa de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), que cuenta con un programa de salud visual que permite detectar y tratar una limitación visual asociada a error refractivo en los escolares de los establecimientos públicos de Chile. También entregará información para la planificación del ministerio de salud de Chile que incorporó hace unos años el manejo de estrabismo en menores de 9 años como una prioridad sanitaria. Esperamos poder concretar este trabajo y con ello poder entregar estadísticas que ayuden a desarrollar con más eficiencia estos programas públicos asociados a la salud visual escolar.</p>
<p>Barría, Fernando; Conte, Francisco; Muñoz, Sergio; Leasher, Jeanette y Silva, Juan (2018). Prevalence of refractive error and spectacle</p>	<p>Estudio que evalúa la repercusión de las medidas para reducir la deficiencia visual mediante la detección y el tratamiento de los errores refractivos en escolares de dos zonas urbanas de Chile. Métodos. En el 2013, en las comunas de Concepción y La Florida, realizamos un estudio transversal multicéntrico, con</p>

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
<p>coverage in schoolchildren in two urban areas of Chile. Rev Panam Salud Publica. 2018;42: e61.  <a href="https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.61">https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.61</a></p>	<p>muestreo en varias etapas, con los métodos del estudio de error refractivo en niños conocido como RESC por su sigla en inglés. La agudeza visual mejor corregida se evaluó con un agujero estenoico, con y sin lentes. Se calculó la cobertura de la corrección de las deficiencias visuales secundarias a errores de refracción. Resultados. Examinaron a 5412 escolares en las comunidades de Concepción (n = 3049) y La Florida (n = 2363). Se encontró una agudeza visual sin corrección &gt;0,63 cuando menos en un ojo en 4721 niños (87,23%; intervalo de confianza de 95% [IC]: 86,58%–88,30%). De los niños restantes, 1017 (18,79%; IC de 95%: 17,78%–19,80%) tenían una agudeza visual &lt;0,5 cuando menos en un ojo. De los 691 niños con deficiencia visual sin corrección con ambos ojos abiertos (12,77%; IC de 95%: 11,9%–13,64%), 476 niños lograron la visión normal con la mejor corrección posible (8,76%; IC de 95%: 8,03%–9,49%); 271 de estos 476 (56,93%) tenían agudeza visual normal en el ojo mejor al inicio. Conclusiones. Encontraron una mayor cobertura de los servicios para la deficiencia visual secundaria a errores refractivos y un mayor porcentaje de niños que usaban lentes en comparación con los valores notificados para La Florida en un artículo publicado en el 2000. La JUNAEB de Chile está logrando mejores resultados en su programa de atención oftalmológica para los escolares.</p>
<p>Bastías, Magdalena; Villena, Rodolfo; Dunstan, Jocelyn y Zanolli, Mario (2021). Miopía y Astigmatismo miópico en escolares Andes pediatri. 2021;92(6):896-903. DOI: 10.32641/andespediatr.v92i6.3527</p>	<p>Estudio ecológico en base a las confirmaciones diagnósticas del Programa Servicios Médicos de JUNAEB, periodo 2012-2018. Se estimó prevalencia anual de miopía y astigmatismo del país, por región y según sexo. La evaluación en el tamizaje contempló agudeza visual usando tabla Snellen E Abreviada, rojo pupilar, test de Hirschberg, test de Titmus, Cover test, motilidad ocular y examen de segmento anterior. Resultados: hubo presentación geográfica heterogénea. La miopía y astigmatismo miópico <math>\geq 3</math> dioptrías aumentaron a un promedio anual de 0,11% (R2 0,67) y 1,21% (R2 0,90) en 1º básico y a 0,2% (R2 0,65) y 8,7% (R2 0,79) en 6º básico. La miopía &lt; 3 dioptrías declinaron 0,13% promedio anual (R2 0,45) en 1º básico y el astigmatismo miópico &lt; 3 dioptrías, 0,5% (R2 0,53) en 6º básico. El astigmatismo miópico alto afectó más a hombres y la miopía &lt; 3 dioptrías a mujeres de 6º básico. Discusión: En los escolares del sistema público de educación, la miopía y astigmatismo miópico <math>\geq 3</math> dioptrías tienden al aumento. El efecto protector de miopía que otorga la luz natural, demostrado en estudios longitudinales y experimentales, es evidencia a considerar para fomentar el tiempo de los niños al aire libre.</p>
<p>Brito-Hernández, Leonidas; Espinoza-Navarro, Omar; Díaz, Jorge y Lizana, Pablo (2018). Evaluación postural y prevalencia de hipercifosis e hiperlordosis en estudiantes de enseñanza básica. Int. J. Morphol., 36(1):290-296, 2018.</p>	<p>El objetivo de esta investigación fue identificar y establecer la prevalencia de hipercifosis e hiperlordosis y su relación con el índice de masa corporal (IMC) e índice cintura-talla (ICT) en estudiantes de 12 años en Arica, Chile. Los resultados muestran una prevalencia total de alteración postural de un 57,5 %, un IMC de sobrepeso/obesidad de un 52,5% y un 35 % de riesgo metabólico. No se observó una asociación entre IMC, ICT y alteraciones de columna, excepto en ICT e hipercifosis. Las alteraciones más frecuentes fueron hiperlordosis seguida de hipercifosis con un 38,8 % y 25,7 % respectivamente, donde las mayores prevalencias se registraron en el establecimiento municipal. En la muestra estudiada se reportan altas prevalencias de hipercifosis e hiperlordosis que no presentan asociación con los índices de sobrepeso y obesidad. Además, las mayores prevalencias de alteraciones posturales en el plano sagital se reportaron en el establecimiento municipal. La prevención de alteraciones posturales y el control del sobrepeso y obesidad deben realizarse precozmente en todo el sistema educativo.</p>

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
<p>Cáceres, Marcela (2021). Cobertura estatal de la Hipoacusia en Chile. Biblioteca del Congreso Nacional. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgklclefindmkaj/https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32386/1/BCN_Cobertura_de_la_hipoacusia_en_Chile_MC.pdf</p>	<p>Este documento es un análisis especializado realizado bajo los criterios de validez, confiabilidad, neutralidad y pertinencia que orientan el trabajo de Asesoría Técnica Parlamentaria para apoyar y fortalecer el debate político-legislativo. Para ayudar a las personas con hipoacusia, el Ministerio de Salud ha implementado políticas para algunas formas de hipoacusia. El organismo ha incorporado a la lista de Garantías Explícitas en Salud (GES) la hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono (Patología GES N°56); la hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro (Patología N°59) y el tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 4 años (Patología N°77), con garantías de acceso, oportunidad y protección financiera. Para quienes quedan fuera de la lista GES, la Ley N° 20.850, de junio de 2015, que Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos, otorga cobertura universal para el Dispositivo de Implante Coclear unilateral para la Hipoacusia Sensorineural Bilateral Severa o Profunda Postlocutiva. Por su parte, a través de las pesquisas de problemas de salud que realiza la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Junaeb, en el marco de su Programa de Servicios Médicos, relacionados con rendimiento escolar, se otorga atención completa a los escolares que presentan problemas visuales, auditivos y de columna, a través de diagnóstico, exámenes, tratamiento y control.</p>
<p>Cárcamo, Marcela; Espinoza, Pamela; Macarena Rodas; Urrejola, Óscar; Bettany-Saltikov, Josette y Grivas, Theodoros (2023). Prevalencia, riesgo de progresión y calidad de vida en estudiantes tamizados para escoliosis idiopática adolescente. <i>Andes pediatri.</i> 2023;94(1):78-85 DOI: 10.32641/andespediatr.v94i1.3989</p>	<p>Estudio descriptivo transversal en estudiantes de 10 a 18 años de 5 comunas de Santiago de Chile entre 2015-2016, en el que se realizó Test de Adam y se midió el ángulo de rotación del tronco (ATR) a nivel torácico, toracolumbar y lumbar con escoliómetro. La calidad de vida se evaluó mediante cuestionarios de deformidades de la columna y la escala de percepción de la apariencia del tronco. Resultados: Se evaluaron 1200 estudiantes, 54,9% eran mujeres y 8,17% tenían ATR <math>\geq 6^\circ</math>. Encontramos escoliosis leve en el 2,91%, moderada en el 0,75% y grave en el 0,17%. La prevalencia fue del 3,83% (IC 95%: 2,74 - 4,92). El 82,61% de los casos tuvieron un diagnóstico tardío, tras el estirón. De los pacientes con escoliosis, el 21,74% tenían un riesgo de progresión <math>\geq 50\%</math>. La calidad de vida tuvo una correlación positiva con la gravedad de la escoliosis, no estadísticamente significativa. Conclusiones. La prevalencia de AIS fue del 3,83%. La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados tras el estirón, con alto riesgo de progresión. La calidad de vida mostró una débil correlación positiva con la gravedad de la escoliosis.</p>
<p>Cardemil, Felipe; Mena, Pamela; Herrera, María; Fuentes, Eduardo; Sanhueza, David y Rahal, Maritza (2016). Prevalencia y causas de hipoacusia en una muestra de escolares de la zona sur de Santiago. <i>Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello</i> 2016; 76: 15-20 <a href="https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162016000100003&amp;script=sci_abstract">https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162016000100003&amp;script=sci_abstract</a></p>	<p>Estudio de corte transversal. Se consideraron cuatro escuelas de la comuna de San Bernardo y dos de Lo Espejo. Resultados: Fueron incluidos 196 escolares. La edad promedio fue 9,5 años. Fueron evaluadas 106 mujeres (54%) y 90 hombres (46%). Se observaron 11 casos (5,6%) de hipoacusia leve en oído derecho, y 9 casos (4,52%) de hipoacusia en oído izquierdo (8 leves, y 1 moderada). Las causas de hipoacusia fueron otitis media con efusión, tapón de cerumen, y otitis media crónica. Hubo un caso de agenesia de conducto auditivo. Conclusiones: La hipoacusia es una condición frecuente en etapa escolar, siendo principalmente conductiva. La prevalencia se encuentra dentro de lo esperado. Debido a las consecuencias asociadas a la hipoacusia en esta etapa, es importante implementar un programa de tamizaje auditivo en escolares en nuestro país.</p>
<p>Carlton, Jill; Karnon, Jonathan; Closki-Murray, Caroline y Smith KJ., Marr J. (2008). The clinical effectiveness and</p>	<p>Se trata de una la revisión sistemática de la literatura donde se determinó la prevalencia, la Historia Natural, los métodos de screening, la efectividad del tratamiento y la calidad de vida en los problemas relacionados a la ambliopía y el</p>

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
<p>cost-effectiveness of screening programmes for amblyopia and strabismus in children up to the age 4-5 years: a systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment 2008; 12 (25): 1-230</p>	<p>estrabismo. Los resultados muestran que el costo efectividad del screening para ambliopía es dependiente a largo plazo de la pérdida de visión unilateral. Hay una evidencia limitada para esos efectos sin embargo la interpretación de la literatura es que estos efectos son probables. La evidencia indica que una disminución del daño asociado a una alta costo efectividad del screening temprano.</p>
<p>Castillo, Nicole (2017). "Pesquisa de Escoliosis Idiopática del Adolescente Mediante la Prueba Clínica de Adams". Seminario de investigación para optar al grado de licenciado en kinesiología. Escuela de Kinesiología. Universidad de Valparaíso.</p>	<p>Seminario de título que determina la modalidad más apropiada para pesquisar escoliosis idiopática en adolescentes EIA mediante la prueba clínica de Adams en una población de estudiantes pertenecientes a colegios monitoreados por Junaeb de Valparaíso, que posean diagnóstico clínico y radiográfico de EIA con el objetivo de mejorar las acciones gubernamentales de pesquisa. Los resultados muestran que la modalidad bípedo manos separadas arrojó un ajuste de 41,32% en relación al ángulo de Cobb. Por su parte la modalidad bípedo manos juntas arrojó un ajuste de 54%, la modalidad sedente manos separadas arrojó un ajuste de 24,48% y finalmente la modalidad sedente manos juntas arrojó un ajuste del 61%. Se concluye que la modalidad más adecuada de la prueba de Adams para pesquisar EIA es la que se realiza en sedente con triple flexión de extremidad inferior, separación de rodillas y manos juntas con palmas enfrentadas.</p>
<p>Chanfreau J, Cebulla A. Educational attainment of blind and partially sighted pupils. National Centre for Social Research (NatCen) for RNIB. 2009.</p>	<p>Informe de estudio del Reino Unido en donde los estudiantes ciegos y deficientes visuales se definen como estudiantes con una necesidad educativa especial (NEE) registrada debido a una discapacidad visual (VI). En la medida de lo posible, el estudio diferenció entre estudiantes con una discapacidad visual como única NEE como única NEE («sólo VI»), los estudiantes con discapacidad visual y una NEE adicional («VI y NEE adicional»), y estudiantes con NEE distintas de la discapacidad visual («Otras NEE»). El rendimiento educativo de estos grupos se comparó con el de los estudiantes sin NEE («Sin NEE»). Sin embargo, con los datos escoceses no fue posible diferenciar entre jóvenes con «sólo discapacidad visual» y jóvenes con discapacidad visual y una NEE adicional.</p>
<p>Díaz, Rodrigo; Raimann, Rolf y Fariña, Ariel (2003). Pesquisa de ambliopía en preescolares del Centro de Salud familiar Bernardo Leighton. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. Nov 74(6): 595-598. <a href="http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S03701062003000600006&amp;lng=es">http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S03701062003000600006&amp;lng=es</a>. doi: 10.4067/S0370-41062003000600006.</p>	<p>La ambliopía corresponde a una disminución de la agudeza visual sin causa orgánica conocida y tiene una prevalencia estimada entre 1 a 5% de la población general. Este estudio cuantifica la prevalencia y determina las causas de ambliopía en preescolares de 4 a 5 años. Se realizó examen oftalmológico completo al 94% niños derivados en forma aleatoria desde el programa de control de niño sano del centro de salud familiar Bernardo Leyton y se registraron la agudeza visual y refracción con mejor visión corregida determinándose la existencia de ambliopía. Se encontró ambliopía en 9,6%, siendo bilateral en 5,3% y asociándose principalmente astigmatismo. El 93.3% de los ojos con agudeza visual sin corrección menor o igual a 0,5 tenían ambliopía. La alta prevalencia de ambliopía encontrada hace necesario instaurar programas de screening visual para su detección precoz.</p>
<p>Goya, Claudia; Armanet, Leonor y Salazar, Ana María (2014). Manual de gestión. Tamizaje visual. Beneficiarios del programa de salud escolar de Junaeb. Procedimientos operativos estándar en oftalmología. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</p>	<p>Manual que tiene como propósito: Facilitar la realización y gestión de los procesos para prestadores de atención oftalmológica en establecimientos educativos y de salud a nivel preescolar y escolar; Promover la creación, difusión e implementación de Procedimientos Operativos Estandarizados, de manera de lograr resultados confiables, exactos y reproducibles en la atención Oftalmológica de Junaeb.</p>

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
Huaiquilaf, Carlos (2023). Tratamiento ortésico en escoliosis. Unidad Columna. Hospital Dr Exequiel González Cortés. Equipo Columna Clínica MEDS. Congreso Sociedad Iberoamericana de Columna.	PPT que muestra la experiencia del Hospital EGC, y que concluye que el manejo ortésico en EIA es exitoso cuando existe buena adherencia y vigilancia de los especialistas. En Chile el sistema Educativo y de Salud han logrado buen control de pesquisa de deformidades espinales. A pesar de la Pandemia, las tasas de adherencia y tratamiento ortopédico no han sido perjudicados. Tasas de Éxito de manejo Ortopédico en el sistema Público chileno es similar a lo reportado en literatura.
Illanes, María Angelica. Ausente, señorita. Editorial: Ediciones Escaparate. Año de publicación: 1991. 328 páginas	Investigación que revisa el fenómeno del apoyo asistencial a escolares de escasos recursos desde una perspectiva histórica. Persigue dos objetivos: el primero, hacer una síntesis después de casi cien años de experiencias nacionales en este campo; el segundo, iluminar la formulación de políticas asistenciales vinculadas a las necesidades de la población. La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, heredera del esfuerzo de tantos, entrega este documento a la comunidad nacional como testimonio de lo que ha significado construir esta institucionalidad.
International Agency for the prevention of blindness (SI) (2000). Visión 2020: el derecho a la visión. Visión para niños. Una perspectiva general de la ceguera, la infancia y visión 2020. <a href="http://www.vision2020.org/mediaFiles/downloads/43924473/DMV_REPORTE_para_web_pdf.pdf">http://www.vision2020.org/mediaFiles/downloads/43924473/DMV_REPORTE_para_web_pdf.pdf</a>	Los datos del Grupo de Expertos en Pérdida de Visión mostraron que, en 2020, se estimaba que 43 millones de personas eran ciegas, 295 millones tenían MSVI, 257 millones tenían VI leve y 507 tenían VI por presbicia no corregida. Siguen existiendo disparidades debidas a la situación socioeconómica, la geografía y el sexo. Resulta alentador que la prevalencia de la ceguera ajustada a la edad se haya reducido en las últimas 3 décadas, pero debido al crecimiento de la población los avances no están a la altura de las necesidades. Nos enfrentamos a enormes retos para evitar las deficiencias visuales a medida que la población mundial crece y envejece, ya que a menudo los servicios no están disponibles ni son accesibles, aceptables o asequibles. Los servicios de atención oftalmológica deben integrarse en el sistema sanitario general para formar parte esencial de la cobertura sanitaria universal (CSU).
Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. Sociedad Chilena de Traumatología y Traumatología (2007). Normas de control de patologías ortopédicas. Programa Salud del Estudiante. Ministerio de Educación.	Normas para: Diagnóstico, Procedimientos Diagnósticos, Deformidades de la Columna: Escoliosis, Cifosis Juvenil, Enfermedad de Schuermann y Otros; Elementos de Tratamiento.
Junaeb (2009). Manual de Gestión de coordinadores comunales 2009. Programa salud del estudiante. JUNAEB	Manual de procedimientos para la realización del Programa de Servicios Médicos.
Junaeb (2015). Informe final "Estudio cualitativo sobre la percepción de los usuarios directos e indirectos respecto de la entrega de los beneficios de los programas del departamento de salud del estudiante de JUNAEB". 2015.	El programa de Servicios Médicos aparece con una alta valoración en todos los procesos sobre todo en lo que refiere a la entrega misma del servicio y producto. Se señala que, al tratarse de una intervención con un alto componente material, el beneficio es palpable en un corto plazo por los beneficiarios lo que asume generar una predisposición positiva al mismo. Sin embargo, se concluye que las dificultades de comunicación de los plazos e instancias del proceso completo, dificulta a menudo la fluidez del programa generando confusión. De igual manera, se da cuenta de la necesidad de fortalecer el proceso de capacitación a los docentes para instalar capacidades que permitan identificar de mejor manera problemáticas asociadas.

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
<p>Junaeb (2017). Salud en la Escuela. Guía para la Comunidad Educativa. Departamento de salud del estudiante, Junta nacional de auxilio escolar y becas, JUNAEB, 2017.</p>	<p>Actualización del Manual del Departamento de Salud del Estudiante, que tiene como objetivo orientar a profesoras, profesores y de toda la red colaboradora y equipos de JUNAEB, en su trabajo diario y entregar una mejor calidad de servicio para los niños, niñas y jóvenes de Chile. Aborda los siguientes temas centrales: Promoción De La Salud; Salud Escolar; Salud Del Sistema Locomotor; Salud Visual; Salud Auditiva; Salud Bucal; Salud Mental; Salud Y Recreación: Promoviendo La Convivencia; Salud Y Sexualidad; Salud, Higiene E Inmunidad; Salud Y Nutrición; Enfermedades Crónicas No Transmisibles, ECNT; Estado Nutricional – Antropometría; Oferta Programática Departamento De Salud Del Estudiante, Junaeb; Programa de Servicios Médicos, SS.MM; Programa de Salud Oral, PSO; Programa Habilidades para la Vida, HPV; Programas Psicosociales.</p>
<p>Junaeb (2017). Informe de análisis de caracterización de los y las estudiantes de los programas de salud del estudiante. Karina Núñez Araya. Profesional Salud Escolar JUNAEB. Santiago, Noviembre 2017.</p>	<p>Documento que aborda una serie de características que configuran lo que podría ser el perfil del Estudiante que accede a los Programas del Departamento de Salud Escolar, lo anterior en atención al análisis de características como: coberturas, sexo, nivel educacional, edad, curso, tipo de establecimiento educacional, prioridad SINAE y otras variables que se presentaron en el año 2016. Primer informe que busca sistematizar integralmente la oferta que se entrega por territorio y fue una referencia válida y pertinente para la toma de decisiones en distintos ámbitos a priorizar y perfeccionar.</p>
<p>Junaeb (2017). Normas de Control de Patologías Oftalmológicas 2017. Programa salud del estudiante.</p>	<p>Normas técnicas para: Diagnóstico, Patologías Atendidas por el Programa y Tratamientos, Indicación de Lentes y Control, Formularios y Registros usados por el Programa y Profesionales Colaboradores del Área.</p>
<p>Junaeb (2017). Normas de Control de Patologías de Otorrinolaringología 2017. Programa salud del estudiante.</p>	<p>Normas técnicas para: Diagnóstico, Patologías Atendidas por el Programa, Tratamientos – Ayudas Audiológicas, Implantes Auditivos, Formularios y Registros usados por el Programa y Profesionales Colaboradores del Área.</p>
<p>Junaeb (2020). Lineamientos y Orientaciones del Modelo de Supervisión para Programas de Salud Escolar de JUNAEB. Depto. de Salud del Estudiante.</p>	<p>Los Programas de Salud de JUNAEB, poseen un modelo de Supervisión Técnica Programático que va más allá de la aplicación de una pauta con reportes de presencia o ausencia del ámbito observado. Este documento contiene los instrumentos (pautas de aplicación) utilizados por cada uno de los Programas, perfiles técnicos y modelos de intervención requeridos para su aplicación. Los instrumentos de aplicación de evaluación contemplados en el modelo de intervención programático han sido ajustados a modalidades on line, estableciendo coberturas regionales, en atención al período de pandemia, ajustado a los procedimientos y normativa clínica de cada especialidad.</p>
<p>Junaeb (2020). Informe Primera Encuesta Nacional a Red de Proveedores, Prestadores, Entidades y/o Equipos Salud del Estudiante. Santiago, Enero del año 2020.</p>	<p>Desde el 03 de septiembre hasta el 10 de octubre del año 2019, se aplicó una encuesta de Satisfacción dirigida a la Red de Prestadores, Equipos y/o Entidades Ejecutoras que implementan la oferta Programática del Departamento de Salud del Estudiante de JUNAEB, logrando una respuesta de un 72% a nivel nacional. El documento da cuenta de los resultados, cuya retroalimentación permite avanzar en el mejoramiento de la gestión. Contiene el detalle por Región.</p>
<p>Junaeb (2020). Orientaciones Técnico Programáticas Departamento de Salud de Estudiante.</p>	<p>Para el PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS (SSMM) incluye: Grupo / Ciclo Educacional; Criterios De Priorización; Componentes; Logros Año 2019; Programación Año 2020; 1.Gestión de Calidad; 2.Capacitación y Habilitación a la Red Colaboradora; 3.Foco Experiencia Usuario/a; 4.Entrega Oportuna de Bienes y Servicios; 5.Gestión Territorial; 6.Componente Asistencia; Énfasis Oftalmología año 2020; 8.Énfasis Otorrino año 2020; 9. Énfasis Columna año 2020; 10.Mal Nutrición por Exceso año 2020; Marco de Coberturas y Presupuesto Año 2020.</p>

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
Junaeb (2021). Orientaciones Técnico Programáticas Departamento de Salud de Estudiante.	Para el programa de servicios médicos (SSMM) incluye: Grupo / Ciclo Educacional; Criterios De Priorización; Componentes; Logros Año 2020; énfasis año 2021; indicadores; hitos año 2021; muestra regionales de encuestas año 2021; indicadores de calidad; foco experiencia usuario 2021; énfasis en entrega oportuna de bienes y servicios 2021; énfasis componente de participación y educación en pandemia; piloto mal nutrición por exceso; principales hitos anuales: técnicos/ administrativos; marco de coberturas y presupuesto año 2021.
Junaeb (2021). Política Desarrollo: Evaluación de Desempeño de Prestadores, Entidades y/o Equipos Ejecutores de Programas de Salud del Estudiante JUNAEB. Santiago, febrero del 2021.	El documento elaborado por Karina Núñez Araya, da cuenta de los ámbitos abordados y resultados obtenidos el año 2019, los que permiten obtener una retroalimentación de la red JUNAEB. Sin embargo no se muestran resultados para los servicios médicos.
Junaeb (2021). Reporte Consolidado de Levantamiento y Análisis de Información necesaria para la Propuesta de Modelo de Supervisión Técnico-Programática para Salud Escolar de JUNAEB.	Señala que es importante que los Modelos de Supervisión Técnico-Programática de Salud Escolar de JUNAEB sean garantizados porque obedecen y son consistentes con los diseños programáticos, resultando clave que se resguarden las competencias técnicas programáticas presentes en los equipos a nivel Nacional y Regional de JUNAEB, a fin de no afectar la implementación programática. Todos los Programas de Salud Escolar de JUNAEB contemplan la ejecución de acciones de seguimiento, monitoreo y supervisión remotos instruidas a través de Orientaciones Técnicas año 2021.
Junaeb (2021). Revisión de Instrumentos de Supervisión para Programas de Salud Escolar de JUNAEB.	La aplicación de los instrumentos de Supervisión es un proceso formativo, que va más allá del control, ya que busca asegurar la calidad de la práctica y son usadas para evaluar la manera como se están implementado los procesos asociados a cada Programa y no solo detectar incumplimientos. Cada uno de los ámbitos supervisados responden a una lógica de intervención y además se convierte en un insumo que permite evaluar el desempeño de la Red de Prestadores y/o equipos Ejecutores que implementan los Programas de Salud en los distintos territorios, estableciendo parámetros de desempeño en áreas significativas de la gestión, permitiendo obtener información de calidad de manera oportuna, de allí la importancia de que su aplicación sea resguardada, a fin de que la información levantada retroalimente la gestión.
Junaeb (2022). Orientaciones Técnico Programáticas. Unidad de Bienestar Estudiantil. Departamento de Programas.	Para el Programa de Servicios Médicos (SSMM) incluye: objetivo; componentes; abordaje en niveles criterios de priorización; productos, apoyos y servicios que entrega el programa; actores claves del programa servicios médicos; acceso al programa servicios médicos; presencia del programa en los establecimientos educacionales; modalidad de licitación; formularios para atención del programa; énfasis año 2022; indicadores de calidad de salud; Gestión capacitación terceros a red colaboradora vía presencial o virtual; refuerzo a gestión programática desde unidad bienestar estudiantil; supervisión a prestadores; refuerzo áreas específicas; programa de atención en mal nutrición por exceso (ex piloto obesidad); cobertura y presupuesto 2022; principales hitos anuales a tener presente a nivel de contrapartes regionales de operaciones y usuarios
Junaeb (2022). Diagnóstico Institucional de Género, JUNAEB.	Diagnóstico desarrollado en el contexto de la medida N ° 1 del PMG Institucional de Género 2022. Se divide en dos capítulos, en el primero se presentan los datos actualizados de como se ha organizado institucionalmente JUNAEB en relación con sexo-género desde 2012 al 2022. En el Capítulo dos se presenta el comportamiento a nivel de los Programas e Iniciativas Sociales implementadas Institucionalmente.

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
<p>Junaeb (2023). Orientaciones Técnico Programáticas. Unidad de Bienestar Estudiantil. Departamento de Programas Año 2023.</p>	<p>Para el PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS (SSMM) incluye: promoción de salud detección temprana prevención atención especializada criterios de priorización prestaciones y apoyos que entrega al programa actores claves del programa acceso al programa presencia del programa del establecimiento educacional modalidad de compra de productos y servicios para el programa formularios para atención del programa énfasis año 2023 consideraciones generales consideraciones específicas para la programación reporte de hitos o indicadores de proceso y verificadores en tiempo y calidad gestión capacitación de terceros a red colaboradora 2023 dispositivos asociados a implantes auditivos acciones regionales claves cirugías de implantes auditivos JUNAEB adquisiciones de implantes auditivos accesorios cirugía auge escoliosis lentes ópticos audífonos servicios complementarios formas y plazos de entrega de las ayudas técnicas auditivas corsé y realces mantener actualizados los convenios y contratos a nivel nacional programa de atención en malnutrición por exceso (Expiloto obesidad); cobertura y presupuesto ejecutado 2022 año 2023 acciones de carácter regional para el éxito 2023 cobertura y presupuesto 2023 principales hitos anuales: técnicos / administrativos.</p>
<p>Junaeb (2024). Orientaciones Técnico Programáticas. Unidad de Bienestar Estudiantil. Departamento de Programas Año 2024.</p>	<p>Para el programa incluye: objetivo; componentes; abordaje en niveles; promoción de salud; detección temprana; prevención; criterios de priorización; prestaciones y apoyos que entrega el programa; actores claves del programa servicios médicos; acceso al programa servicios médicos; presencia del programa en los establecimientos educacionales; modalidad de compra de productos y servicios para el programa de servicios médicos; énfasis año 2024; hitos o indicadores de proceso y verificadores en tiempo y calidad; reporte indicadores de calidad de salud; gestión capacitación terceros a red colaboradora 2024; supervisión; refuerzo áreas específicas; cobertura y presupuesto 2024; solicitudes de ajuste de presupuesto interno entre productos estratégicos implica; principales hitos anuales 2024 técnico administrativos.</p>
<p>Junaeb (2024). Resolución exenta N° DN-01640/2024. Santiago 5 de junio del 2024</p>	<p>Resolución que modifica resolución exenta N° 3549/2022, que establece nueva estructura del departamento de bienestar estudiantil y crea el subdepartamento de salud estudiantil, dependiente de la dirección nacional de JUNAEB.</p>
<p>Junaeb (2024). Diagnóstico de Vulnerabilidad en Pre-Escolares 2023. Subdepartamento de Estudios y Análisis de Datos Departamento de Planificación Dirección Nacional. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. Ministerio de Educación <a href="http://www.junaeb.cl/estudios-y-analisis-de-datos">www.junaeb.cl/estudios-y-analisis-de-datos</a></p>	<p>El diagnóstico de vulnerabilidad en pre-escolares es un estudio que busca caracterizar la situación de niños y niñas que cursan educación parvularia a nivel nacional, a partir del análisis descriptivo de un conjunto de datos levantados con la aplicación de la Encuesta de Vulnerabilidad Estudiantil del año 2023. En concreto, este estudio considera aspectos sociodemográficos tanto de niños y niñas como de sus familias, sus condiciones de vivienda, antecedentes de salud, pautas de crianza y prácticas de alimentación. En lo que respecta a la salud, se registra un aumento no despreciable en la asistencia regular a los controles de salud, que cayó considerablemente durante la pandemia. Por otro lado, también se ha incrementado la cantidad de niños y niñas diagnosticados con enfermedades o problemas de salud que requieren tratamiento prolongado. Esto no implica necesariamente un aumento en la cantidad de niños y niñas que los padecen, sino que podría estar explicado por un incremento en la diagnosis efectiva, que a su vez podría estar en parte relacionada con la recuperación progresiva de la asistencia a controles médicos.</p>
<p>Junaeb y Minsal (SI). Caja de herramientas. Prevención de la</p>	<p>Recursos para apoyar a los establecimientos educacionales en una estrategia de prevención de la conducta suicida. Minsal. chrome-</p>

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
conducta suicida en establecimientos educacionales. Programa habilidades para la vida de Junaeb - Programa Nacional de prevención de suicidio de	extension://efaidnbmnnibpajpcglclefindmkaj/https://convivenciaparaciudadania.mineduc.cl/wp-content/uploads/2023/11/JUNAEB.-Caja-de-herramientas-Prevencion-conducta-suicida.pdf
Maul, Eugenio; Barroso, Silvana; Muñoz, Sergio; Sperduto RD, Ellwein LB (2000). Refractive Error Study in Children: results from La Florida, Chile. Am J Ophthalmol. 2000 Apr;129(4):445-54. DOI: 10.1016/s0002-9394(99)00454-7 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10764851/	Estudio que evaluó la prevalencia de defectos refractivos y alteraciones visuales en niños en edad escolar en un área suburbana (La Florida) de Santiago, Chile. Se utilizó la selección aleatoria de conglomerados geográficamente definidos para identificar una muestra representativa de niños de 5 a 15 años de edad. Conclusiones: El error refractivo, asociado principalmente con la miopía, es una causa importante de visión reducida en niños en edad escolar en La Florida. Más del 7% de los niños podrían beneficiarse de la provisión de anteojos adecuados. Se necesitan esfuerzos para que los programas existentes que proporcionan gafas gratuitas a los escolares sean más eficaces. Se necesitan más estudios para determinar si la tendencia ascendente de la miopía continúa más allá de los 15 años de edad.
Mendoza, Adalmila. ¿Necesitamos un tamizaje auditivo universal en edad preescolar?. Editora: Dra. Pamela Rojas G. Docente Medicina Familiar UC. Octubre de 2021. <a href="https://medicina.uc.cl/publicacion/necesitamos-un-tamizaje-auditivo-universal-en-edad-preescolar/">https://medicina.uc.cl/publicacion/necesitamos-un-tamizaje-auditivo-universal-en-edad-preescolar/</a>	Artículo que revisa la situación de la hipoacusia congénita detectada a través de tamizaje auditivo del recién nacido permite una intervención temprana de esta patología, pero la hipoacusia de aparición tardía o progresiva es un problema poco pesquisado en la edad preescolar y escolar. Recuerda la recomendación de la Academia Americana de Pediatría incluye: - estar atento a los factores de riesgo de sospecha de hipoacusia, - explorar en cada control sospecha o problemas auditivos, - realizar otoscopia y sugerir audiometría en edad preescolar a los grupos de riesgo, sospecha y población general.
Mideso (2023). Presentación de resultados: Prevalencia de discapacidad en Niñas, Niños y Adolescentes Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022. División Observatorio Social. Subsecretaría de Evaluación Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Abril de 2023. <a href="https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endide-2022">https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endide-2022</a>	ENDIDE tuvo por objetivo obtener las cifras oficiales de prevalencia de discapacidad y dependencia en el país, para lo cual se aplicó a una muestra representativa de la población general (desde los 2 años). En otras palabras, ENDIDE no está circunscrita solo a personas en situación de discapacidad y dependencia, por lo cual sus resultados son representativos de la población general de 2 años y más.
Mideso (2023). Informe sobre el Bienestar en niñas, niños y adolescentes. División Observatorio Social. Subsecretaría de Evaluación Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Abril de 2023. <a href="https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endide-2022">https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endide-2022</a>	Análisis del bienestar en la población de 17 años o menos, que se realiza a través de un instrumento de medición denominado KIDSCREEN. En el marco de ENDIDE, dicho instrumento se implementó en su versión de 27 preguntas y cinco dimensiones, conocido como KIDSCREEN-27. El instrumento fue administrado, de manera autoaplicada, a niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años. El documento resume los resultados de la aplicación del KIDSCREEN-27 en ENDIDE 2022, y se divide en cinco partes. Entre los principales resultados encontrados a través del KIDSCREEN-27, destacan las diferencias según sexo, pertenencia a pueblos indígenas, situación de discapacidad y grupo etario. En efecto, las niñas, las personas en el grupo etario de 14 a 17 años, las personas que declaran pertenecer a algún pueblo indígena y los niños, niñas y adolescentes con algún grado de discapacidad, presentan menores niveles de calidad de vida en algunas o en todas las dimensiones analizadas mediante este instrumento. Finalmente, no se observa con claridad la relación negativa que existe en la literatura entre el nivel socioeconómico y el bienestar y calidad de vida de niños, niñas y

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
	<p>adolescentes, a excepción de algunas dimensiones como el bienestar físico y en las brechas observadas entre el quinto quintil y el resto de los grupos, en algunas de las dimensiones. Finalmente, las personas con algún grado de discapacidad presentan menores niveles de bienestar y calidad de vida en las cinco dimensiones observadas. Además, presentan las mayores brechas que las observadas entre otros grupos de la población, en todas las dimensiones. Los datos señalan que la mayor brecha se presenta en la dimensión de bienestar psicológico. La menor brecha se estimó en la dimensión en relación de pares y apoyo social, pero esta es de más de 5 puntos porcentuales, lo que excede las brechas observadas entre cualquier otro subgrupo aquí estudiado.</p>
<p>Mineduc (2022). Política de Reactivación Educativa Integral. #SeamosComunidad. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/19/2022/05/PoliticaSeamosComunidad.pdf</p>	<p>Documento que señala ejes de desarrollo que responden a los efectos que la pandemia provocó en las comunidades educativas y sus integrantes. Por otra parte señala que, el actual contexto es también una oportunidad para avanzar en las transformaciones profundas que el sistema educativo requiere para lograr un cambio de paradigma educativo y avanzar hacia la justicia educativa que el Gobierno liderado por el presidente Gabriel Boric se ha propuesto. La Política propone abordar los efectos de la pandemia en las comunidades educativas desde una mirada sistémica, integral, contextualizada y estratégica, con un enfoque intersectorial y participativo. Para ello, se ponen a disposición del sistema educativo un conjunto de recursos, dispositivos y conocimientos, organizados y financiados desde el Estado y, a la vez, se promueve una gestión descentralizada con alto protagonismo de las comunidades escolares en el diseño de sus planes estratégicos de reactivación integral. De esta forma, se ha orientado que la planificación del PME del año 2022 se centre en la reactivación educativa.</p>
<p>Mineduc (2024). Plan de Reactivación Educativa 2024. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://reactivacioneducativa.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/127/2024/04/Plan-de-Reactivacion-Educativa-2024-Ministerio-de-Educacion-de-Chile.pdf</p>	<p>Se presenta la planificación para el año 2024, donde se sistematiza y estructura el quehacer ministerial identificando los antecedentes claves, estableciendo metas, indicadores y acciones que se ordenan en tres ejes de trabajo: (1) Convivencia y salud mental, (2) Fortalecimiento de aprendizajes y (3) Asistencia y revinculación.</p>
<p>Mineduc y Minsal (SI). Protocolo de coordinación MINSAL JUNAEB para la atención de salud escolar en establecimientos de educacionales. Control de salud infantil 5 - 9 años. Control de salud joven sano 10 - 19 años.</p>	<p>El objetivo de este protocolo es organizar los procesos administrativos y oferta existente de salud escolar del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Junta nacional de auxilio y becas escolares. Aborda la misión del Ministerio de salud, del Ministerio de educación, de la Junta nacional de auxilio y becas escolares. Muestra los protocolos de acción de los programas, estrategias y la oferta comprometida; además de las coordinaciones del nivel central, regional, comunal y de servicios de salud. Además, el flujograma de salud bucal de JUNAEB.</p>
<p>Minsal (1997). Decreto 585 Crea comisiones mixtas asesoras de salud y educación. Ministerio de Salud. Ene-1997. <a href="https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=60438&amp;f=1997-01-27">https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=60438&amp;f=1997-01-27</a></p>	<p>Crea las Comisiones Nacional, regional, provincial y local Mixta Asesora de Salud y Educación que se encargará de asesorar y coordinar las actividades que deben realizar conjuntamente los Ministerios de Salud y Educación y los organismos dependientes o que se relacionan con el Ejecutivo por intermedio de esas Secretarías de Estado, para el cumplimiento de los objetivos de interés común. Deroga el decreto exento N°2, de 15 de abril de 1991, del Ministerio de Salud que a su vez derogaba el Decreto Exento N°20 de 24 de Agosto de 1984, que derogaba el decreto exento N°28, de 29 de Octubre de 1975.</p>

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
Minsal (2021). Norma Técnica para la Supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud - Actualización 2021. Programa Nacional de Salud de la Infancia. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.	En la estrategia de supervisión convergen todas las prestaciones y actividades de salud necesarias para un abordaje integral de los niños y niñas. Entre estas, se encuentran actividades que se realizan tanto dentro como fuera del establecimiento, involucrando de esta forma, a la familia y comunidad. Algunos ejemplos de estas actividades son: Control de salud infantil es la prestación eje de la supervisión integral, se realiza de manera secuencial y continua desde los 0 a los 9 años, lo que permite establecer una comunicación frecuente con los niños, niñas y sus familias. A través de ella, se pesquisan e intervienen oportunamente factores de riesgo para la salud infantil. Se supervisa el crecimiento, y se acompaña la trayectoria del desarrollo integral de los niños y niñas, actividades que se fortalecen con el Subsistema Integral de la Infancia, Chile Crece Contigo; Control de salud escolar tiene como objetivo mejorar el acceso a actividades promocionales, preventivas y de pesquisa de los factores de riesgo en salud más prevalentes en la población de 5 a 9 años 11 meses y 29 días, en base a controles de salud realizados en el establecimiento educacional.
Minsal (2021). Plan Nacional de Salud Auditiva y Cuidado del Oído Para Chile. 2021-2030. Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Ciclo Vital.	Plan estratégico que define 6 líneas estratégicas para el período 2021-30: 1 - Educación, promoción y prevención; Línea estratégica 2 - Provisión de servicios; 3 - Fortalecimiento de la red integrada de atención de salud; 4 - Fortalecimiento de los sistemas de información; 5 - Rectoría, regulación y fiscalización; 6 – Financiamiento.
Naciones Unidas (1990). Convención sobre los Derechos del Niño. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc_SP.pdf	Declaración de la ONU que explicita los derechos de niños y niñas.
Negrel, Dominique; Maul, Eugenio; Pokharel, Gopal; Zhao, Jialiang y Ellwein, Leon (2000). Refractive error study in children: sampling and measurement methods for a multi-country survey. American Journal of Ophthalmology - April 2000 (Vol. 129, Issue 4, Pages 421-426).	Estudio que se diseñó para evaluar la prevalencia de los defectos de refracción y las deficiencias visuales en niños de diferentes orígenes étnicos y entornos culturales. Se obtuvieron muestras transversales basadas en la población de niños de 5 a 15 años mediante muestreo por conglomerados. Las principales medidas de resultado fueron la agudeza visual actual, la no corregida y la mejor corregida, junto con la subcicloplejía por error refractivo. Se determinaron la ambliopía y otras causas de deficiencia visual no corregible. Se describen el diseño del estudio y los cálculos del tamaño de la muestra, la enumeración de la encuesta y los métodos de examen oftalmológico, la supervisión de la garantía de calidad y los análisis de datos y métodos estadísticos. El diseño del estudio, el tamaño de la muestra y los métodos de medición garantizan que la prevalencia de los defectos de refracción específicos por edad y sexo pueda estimarse con una precisión razonable en las poblaciones objetivo. Gracias a la homogeneidad de los métodos, es posible comparar los resultados de estudios de orígenes étnicos y entornos culturales diferentes.
Oh, Hyun-Kyoung; Ozturk, Mehmet y Kozub, Francis (2004). Physical activity and social engagement patterns during physical education of youth with visual impairments. Re:view. 2004;36(1):39.	El estudio identifica las relaciones entre la actividad física y el patrón de compromiso social en estudiantes con discapacidad visual. No se encontró ninguna relación en los niños estudiados. Además, el estudio de la asociación de la oferta curricular con los niveles de actividad física indicó bajos niveles de actividad en todas las ofertas curriculares. Por último, la edad fue el único factor determinante de la actividad física en las personas con discapacidad visual estudiadas. Se requiere más investigación para identificar otros factores que

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
	puedan estimular una mayor actividad física y compromiso social en individuos con discapacidad visual en entornos de educación física estructurada.
<p>OMS. Atención oftálmica integrada y centrada en la persona, incluidas la ceguera y la discapacidad visual prevenibles. 73.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA73.4 Punto 11.7 del orden del día 3 de agosto de 2020.</p> <p><a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_13-sp.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_13-sp.pdf</a></p>	<p>Insta a los Estados miembros, teniendo en cuenta sus circunstancias y prioridades nacionales, a que tomen medidas para aplicar las recomendaciones recogidas en el Informe mundial sobre la visión, en particular con el fin de: lograr que la atención oftálmica forme parte integral de la cobertura sanitaria universal; incorporar en los sistemas de salud la atención oftálmica integrada y centrada en la persona; promover investigaciones de alta calidad sobre su aplicación y sobre los sistemas de salud que complementen los datos probatorios que ya existen para respaldar intervenciones eficaces de atención oftálmica; vigilar las tendencias y evaluar los progresos logrados en la aplicación de atención oftálmica integrada y centrada en la persona; y sensibilizar a la población y las comunidades, empoderarlas y colaborar con ellas con respecto a las necesidades de atención oftálmica.</p>
<p>OMS – OPS (2020). Informe mundial sobre la visión.</p> <p><a href="https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241516570">https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241516570</a></p>	<p>Documento que establece propuestas concretas para enfrentar los retos de la atención ocular. La principal consiste en construir y ampliar extensamente un modelo asistencial a partir de la atención ocular integrada y centrada en la persona, incorporada en los sistemas de salud y basada en una buena atención primaria de la salud. Otras recomendaciones son: Hacer que la atención ocular forme parte de la cobertura sanitaria universal; Poner en práctica la atención ocular integrada y centrada en la persona en los sistemas de salud; Promover la investigación de alta calidad; Hacer un seguimiento de las tendencias y evaluar los progresos; Concientizar, hacer partícipes y empoderar a las personas y las comunidades;</p>
<p>OMS – OPS (2021). Informe mundial sobre audición.</p> <p><a href="https://www.paho.org/es/documentos/informe-mundial-sobre-audicion-0">https://www.paho.org/es/documentos/informe-mundial-sobre-audicion-0</a></p>	<p>Documento que señala este problema se está tornando más apremiante que nunca dado que se prevé que el número de personas con pérdida de la audición aumente considerablemente en las próximas décadas. Más de 1.500 millones de personas presentan actualmente algún grado de pérdida auditiva, cifra que podría elevarse a 2.500 millones para el 2050. Además, 1.100 millones de adolescentes y jóvenes corren el riesgo de sufrir una pérdida de la audición permanente por oír música a gran volumen durante períodos prolongados. El presente Informe mundial sobre la audición muestra que una serie de medidas de salud pública basadas en la evidencia y costo-eficaces pueden prevenir muchas causas de pérdida de la audición. Se hacen las siguientes recomendaciones para los ministerios de salud:</p> <p>Recomendación 1: incluir el cuidado del oído y de la audición integrado y centrado en las personas en la cobertura universal de salud</p> <p>Recomendación 2: fortalecer los sistemas de salud a fin de ofrecer cuidado del oído y la audición integrado y centrado en las personas en todos los niveles de atención</p> <p>Recomendación 3: emprender campañas de concientización que aborden las actitudes y el estigma relacionados con las enfermedades del oído y la pérdida de la audición</p> <p>Recomendación 4: determinar las metas, dar seguimiento a las tendencias nacionales y evaluar los progresos</p> <p>Recomendación 5: promover la investigación de alta calidad en materia de salud pública sobre el cuidado del oído y la audición</p>
<p>OMS – OPS (2022) Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar.</p>	<p>Documento que recomienda, sin reservas, que deberían implementarse servicios de salud escolar integrales. Las razones son:</p>

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
<p>Chrome-extension://efaidnbmninnbpcjpcglcl efindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56726/9789275325865_spa.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• todos los datos probatorios apuntan sistemáticamente en una dirección beneficiosa, incluidos los relativos a la aceptabilidad y la equidad;</li> <li>• los datos probatorios sugieren que los SSE bien implementados aportarán beneficios duraderos a los estudiantes;</li> <li>• el grado de certidumbre general de los datos probatorios de las revisiones sistemáticas es moderado;</li> <li>• aunque en los países de ingreso mediano bajo no se disponía de estudios que ofrecieran datos probatorios de certidumbre alta, los estudios observacionales que se llevaron a cabo en dichos países también pusieron de manifiesto la existencia de beneficios, y no detectaron daños significativos; y las escuelas ofrecen una oportunidad de amplio alcance y relativamente sencilla que es obligatorio aprovechar para hacer llegar a los niños y adolescentes los servicios integrales de salud que necesitan.</li> </ul> <p>Además, entrega consideraciones para la implementación: • La implementación de los SSE se debe ajustar a los criterios de calidad, fidelidad y durabilidad a largo plazo. Las consecuencias referentes a los recursos se deben identificar, examinar y atender de forma adecuada. • En la práctica, la forma de implementar los servicios variará de uno a otro caso. En algunos entornos, puede ser difícil, e incluso aún inviable, poner en práctica unos SSE integrales similares a los que, según las revisiones sistemáticas realizadas, se evaluaron en los estudios controlados llevados a cabo en países de ingresos altos. Es posible que para lograrlo se necesiten importantes aportaciones en términos de recursos, tiempo y liderazgo. No obstante, es posible que en muchos países de ingreso mediano bajo ya se puedan implementar algunos elementos de los SSE integrales, aunque aún no sea posible implementarlos todos. • Es fundamental proteger la confidencialidad de los estudiantes, y, por otro lado, los trabajadores sanitarios escolares también están obligados a evitar posibles discriminaciones o estigmatizaciones contra dichos estudiantes.</p>
<p>Rahi, Jugnoo and Gilbert, Clare (2023). Epidemiology and world-wide impact of visual impairment in children. En Taylor D. y Hoyt C., Pediatric Ophthalmology and Strabismus. Chapter 1: Page 1- 15. Publisher: Saunders (W.B.) Co Ltd., 2023</p>	<p>Este capítulo presenta, en primer lugar, una serie de consideraciones y cuestiones clave para comprender y aplicar las pruebas de los estudios epidemiológicos sobre la discapacidad visual infantil, la discapacidad visual grave o la ceguera colectivamente. Se analiza el impacto de la VI infantil desde diferentes perspectivas. Se analiza la VI infantil en el contexto más amplio de la salud infantil y la discapacidad visual infantil. Se presenta una síntesis de los datos epidemiológicos actuales, agrupados por las subregiones, como los datos clave necesarios para la planificación de servicios clínicos y para las políticas. Por último, se presenta una visión general de las estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria teniendo en cuenta el papel de los profesionales oftalmológicos. Se destacan las áreas en las que faltan pruebas críticas y se discuten posibles direcciones futuras para la investigación. Se remite a los lectores al extenso material suplementario en línea para consultar la bibliografía completa.</p>
<p>Rainey, Linda; Elsmann, Ellen; van Nispen, Ruth; van Leeuwen, Lisette y van Rens, Gerardus (2016). Comprehending the impact of low vision on the lives of children and adolescents: a qualitative approach. Quality of life research: an</p>	<p>Estudio para desarrollar un modelo integral y conceptual que detalle los aspectos de la vida de un niño (&lt;18 años) que se ven afectados por la baja visión. Conclusiones: El modelo desarrollado muestra qué aspectos de la vida de los niños se ven afectados por la baja visión. Las necesidades identificadas por los niños y adolescentes no se corresponden totalmente con la perspectiva de los padres y los profesionales de la baja visión. La investigación futura debería centrarse en desarrollar y validar un nuevo cuestionario basado en el modelo</p>

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2016;25(10):2633–43	conceptual. Esto ayudará al establecimiento de objetivos, la derivación a rehabilitación y el cumplimiento de los hitos del desarrollo y las transiciones vitales de los niños y adolescentes con discapacidad visual, mejorando en última instancia su participación y calidad de vida.
Ramírez-Ortiz, Marco; Amato-Almanza, Mónica; Romero-Bautista, Iván; Klunder-Klunder, Miguel; Aguirre-Luna, Oswaldo; Kuzhda, Iryna; Resnikoff, Serge; Eckert, Kristen y Van Lansingh, Charles (2023). A large-scale analysis of refractive errors in students attending public primary schools in Mexico. Scientific Reports (2023) 13:13509. <a href="https://doi.org/10.1038/s41598-023-40810-5">https://doi.org/10.1038/s41598-023-40810-5</a> <a href="http://www.nature.com/scientificreports/">www.nature.com/scientificreports/</a>	Estudio transversal y retrospectivo de septiembre de 2013 a julio de 2014 para determinar la prevalencia de los defectos de refracción entre los estudiantes que asisten a escuelas primarias públicas en México. Entre 3,861,156 estudiantes de 14,566 escuelas primarias públicas en los 32 estados de México, los maestros identificaron agudeza visual reducida en 1,253,589 (32.5%) usando medición de agudeza visual (Prevalencia 10%). Los optometristas confirmaron que 391.498 [31,2%, edad media (DE): 8,8 (1,9) años; 204.110 niñas (52,9%)] tenían defectos de refracción mediante la medición de la agudeza visual y la retinoscopia estática no ciclopléjica. Entre 288.537 (72,4%) de los niños con datos previos de uso de gafas, 241.505 (83,7%) tenían errores de refracción no corregidos. Antes del suministro de gafas graduadas, 281.891 estudiantesos (72%) tenían una agudeza visual logMAR $\leq 0,2$ ; las gafas corregían la pérdida de visión en el 85,6% (n = 241.352) de ellos. El astigmatismo miópico simple fue el defecto refractivo más frecuente (25,7%, n = 100.545). El astigmatismo $> - 1,00$ dioptrías estaba presente en el 54,6% de todos los estudiantesos con ametropía. La tasa de anisometropía basada en una diferencia de equivalente esférico entre el ojo derecho y el izquierdo $\geq 1,50$ dioptrías fue del 3,9% (n = 15.402). Los defectos de refracción no corregidos son un problema importante en los estudiantes de primaria en México. Se requiere un estudio actualizado para analizar la evolución de las tendencias en la última década.
Romo, Javiera y Cumsille, Patricio (2020). Caracterización de estudiantes con trayectorias educativas interrumpidas en una muestra de escuelas de reingreso a través de análisis de clases latentes. Pensamiento Educativo. Revista de Investigación Educativa Latinoamericana 2020, 57(1), 1-20 <a href="https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-04092020000100104&amp;script=sci_abstract">https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-04092020000100104&amp;script=sci_abstract</a>	El estudio tuvo como objetivo identificar las características de los estudiantes que han desertado del sistema escolar regular y que asisten actualmente a escuelas de reingreso, utilizando una metodología cuantitativa no experimental. A través de un análisis de clases latentes se pudo comprobar que las características de los jóvenes se distribuyen de manera heterogénea, conformando tres grupos distintos (novatos, antiguos y complejos), que poseen dificultades y características particulares. Estos hallazgos son distintos de los de otras muestras estudiadas (programas preventivos y programas socioeducativos). Se concluye que los estudiantes de escuelas de reingreso constituyen un grupo de jóvenes, mayoritariamente hombres, que abandonan apresuradamente la educación formal, cuentan con distintos años de rezago escolar y poseen características sociodemográficas que obstaculizan la trayectoria educativa —como la pobreza monetaria—, sin embargo evidencian una baja frecuencia de problemas con la justicia y medidas de protección.
Rodríguez, Javiera y Vásquez, Javier (2024). Evaluación cualitativa del proceso de tamizaje de columna realizado por servicios médicos de Junaeb considerando aspectos como el sexo y la maduración esquelética de niñas niños o adolescentes en edad escolar. Tesis para optar al grado de licenciatura de kinesiología. Departamento de kinesiología. Facultad de artes y educación física. Universidad Metropolitana de	Tesis que hace recomendaciones de modificaciones en el proceso de tamizaje de columna realizado por servicios médicos de Junaeb, considerando aspectos como el sexo y la maduración esquelética de niñas, niños y adolescentes en etapa escolar. Este estudio cualitativo con enfoque evaluativo y perspectiva fenomenológica buscó capturar las experiencias, percepciones y contextos de los kinesiólogos involucrados en el tamizaje de escoliosis idiopática. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas a través de videoconferencias, con transcripción y anonimización para proteger la identidad de los participantes. El análisis de datos se llevó a cabo utilizando el software ATLAS.ti, identificando temas y patrones recurrentes en las experiencias de los participantes, con comparaciones constantes entre

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
<p>Ciencias de la Educación. junio de 2024. PDF</p>	<p>entrevistas y literatura relevante. Se identificaron diversas áreas de mejora, como la implementación de indicadores de maduración esquelética, seguimiento personalizado, educación integral y la mejora de la infraestructura escolar. Estas estrategias no solo buscan aumentar la precisión y efectividad del tamizaje, sino también asegurar un acceso equitativo a la salud y una adecuada atención a las diferencias de desarrollo y género. La investigación subraya la importancia de la capacitación continua de los profesionales y la necesidad de recursos adecuados para garantizar un proceso de tamizaje que responda a las necesidades actuales de los estudiantes, contribuyendo así a una mejor detección y prevención de escoliosis y otras anomalías esqueléticas.</p>
<p>Schonhaut , Luisa; Farfán, Corina; Neuvonen, Riikka y Vacarissas, Paola (2005). Problemas auditivos en preescolares, según estudio audiológico y percepción de educadores. Región Metropolitana, diciembre 2005.  <a href="http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000300003">http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000300003</a>  Rev Chil Pediatr 77 (3); 247-253, 2006  <a href="https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0370-41062006000300003&amp;lng=es&amp;nrm=i&amp;tling=es">https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0370-41062006000300003&amp;lng=es&amp;nrm=i&amp;tling=es</a></p>	<p>Durante diciembre de 2005 se citó a todos los niños de 4 y 5 años de un jardín infantil del área norte de la RM, a una evaluación audiológica consistente en otoscopia, audiometría e impedanciometría, realizada en el laboratorio de Otoneurología de la Escuela de Tecnología Médica (Universidad de Chile). Previamente y sin mediar entrenamiento se interrogó a las educadoras acerca de la sospecha de pérdida auditiva o problemas de lenguaje en los niños evaluados. Resultados: Se evaluaron 87 de 100 preescolares, edad promedio 4,4 años. Trece niños (15%) tenía problemas audiológicos, de éstos, diez no pasaron el tamizado auditivo, lo que da una tasa de hipoacusia de 11,6%; todos correspondieron a hipoacusia de transmisión. La sensibilidad de las educadoras para pesquisarla fue 50%. No se correlacionó la percepción de problemas de lenguaje con hipoacusia. Conclusión: Destaca la alta frecuencia de problemas audiológicos encontrados. La sola sospecha de hipoacusia por parte de los educadores es insuficiente como método de preselección, ya que pesquisa sólo a la mitad de los afectados. Estos hallazgos hacen plantearnos la necesidad de implementar tamizados auditivos objetivos a todos los niños al comenzar su educación formal.</p>
<p>Silva, Matías (2023). Prevalencia de errores refractivos en escolares usuarios del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB. Período 2014-2019.  <a href="https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/201619">https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/201619</a></p>	<p>No recibido</p>
<p>Superintendencia de Salud (2023). Caracterización de las especialidades médicas en Chile en 2022. Departamento de Estudios y Desarrollo. Julio 2023. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2024/02/articles-26547_recurso_1.pdf</p>	<p>Documento que busca aportar insumos para la construcción de la demanda de especialistas médicos en el país. Este estudio aborda sintéticamente el marco normativo de las especialidades médicas, entrega el estado actual del universo de médicos especialistas en Chile, caracteriza demográficamente según distribución geográfica, sexo, edad y nacionalidad, estima el número de horas de especialidad del Sistema de Servicios de Salud con limitaciones metodológicas explícitas.</p>
<p>Toledo, Carolina; Paiva, Ana; Camilo, Gustavo; Maior, Marcio; Leite, Isabel y Guerra, Maximiliano (1992). Early detection of visual impairment and its relation to academic performance. Revista da Associacao Medica Brasileira (1992). 2010;56(4):415–9.</p>	<p>Estudio que realizó una detección precoz de la discapacidad visual en escolares e investigó su asociación con el rendimiento académico. Método: Estudio transversal utilizando una muestra de estudiantes de tercer grado de escuelas primarias públicas del municipio de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais, Brasil. Los estudiantes realizaron la prueba de agudeza visual (AV) utilizando la tabla de Snellen. También se analizaron los registros escolares y se administró un cuestionario autoadministrado previamente validado. Resultados: Se analizaron</p>

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
	<p>222 estudiantes de cinco colegios públicos. En cuanto a la agudeza visual, el 31% de los estudiantes presentaba AV deficiente en el ojo derecho y el 29,8% de los estudiantes presentaba AV deficiente en el ojo izquierdo. En nuestra muestra había un 15,5% de estudiantes con un rendimiento académico regular o bajo. Entre los estudiantes con AV normal, el 89,5% obtuvo un rendimiento académico satisfactorio, mientras que entre aquellos con AV deficiente, sólo el 75% obtuvo un rendimiento satisfactorio (<math>p = 0,015</math>).</p> <p>Conclusiones: El estudio sugiere que existe una asociación entre baja AV y bajo rendimiento académico.</p>
<p>Viero, Ana; Ilha, Lidiane y Turra, Patrícia (2004). Investigaçã da postura corporal de escolares em estudos brasileiros. <i>Fisioter Pesq.</i> 2015;22(2):197-204. DOI: 10.590/1809-2950/13384622022015.</p>	<p>El objetivo del estudio fue identificar y caracterizar el perfil de las publicaciones brasileñas que investigaron la posición corporal de escolares en las edades de 6 a 18 años. El período de búsqueda fue de julio de 2012 a diciembre de 2013. Fueron incluidos los estudios nacionales que evaluaban en el ambiente escolar y la postura a lo menos en dos segmentos corporales en niños y adolescentes. Se seleccionaron 28 estudios de los 68 encontrados. La edad de los 10 años fue la más investigada, el total de escolares evaluados fue de 5334, hubo predominancia de evaluaciones objetivas (50%) de las cuales 12 fueron realizadas con registros fotográficos. Las principales alteraciones verificadas fueron: hiperlordosis lumbar, hiper cifosis torácica, genu valgo y protrusión y/o desnivel de los hombros. Prevalcieron la hiperlordosis y el genu valgo en escolares entre 7 y 8 años. Se concluye que las publicaciones sobre investigaciones de la postura de los escolares son recientes. La variabilidad de métodos utilizado y también la diversidad de las de los rangos etarios estudiados limitó a la caracterización de las alteraciones</p>
<p>Minuta Reestructuración 2021 Programas Salud Escolar</p>	<p>Análisis realizado para informar sobre los cambios e implicancias que tiene en el funcionamiento de los programas de salud escolar la reestructuración organiza del año 2021</p>
<p>Resolución Exenta 1722 2021</p>	<p>Destina y deja constancia de la ubicación de personal de la Dirección Regional del Maule conforme a las nuevas denominaciones funcionales de Junaeb</p>
<p>Resolución Exenta 1431-2021</p>	<p>Aprueba nueva estructura orgánica y funciones de JUNAEB y deja sin efecto resoluciones exentas que se indica.</p>
<p>Solicitudes y Otras consultas de Presupuesto Servicios Médicos Junaeb. Respuesta Minuta 16 de enero.</p>	<p>Respuestas a consultas realizadas sobre anexo presupuestario</p>
<p>Consultas Presupuesto Programa a Dipres. Respuesta correo DIPRES. Respuesta 17 de enero</p>	<p>Respuestas a consultas realizadas sobre el presupuesto y proceso de formulación presupuestaria.</p>

### C. Identificar la necesidad de estudio complementario

En el Programa Servicios Médicos ejecutado por JUNAEB los establecimientos educacionales desarrollan algunas actividades con su propio personal y recursos, ya que es en dicho lugar y con sus profesionales que se inicia el proceso de pesquisa, derivación, atención y seguimiento del estudiante. Estos recursos no se encuentran actualmente cuantificados por el Programa.

En base a las conversaciones e información recopilada hasta la fecha existe una autoselección de los establecimientos para ser parte del programa de JUNAEB y para comprender el logro y cumplimiento del programa se requiere comprender y cuantificar los recursos (tiempo, persona, estructura) que aporta el establecimiento educacional para el desarrollo de la iniciativa, ya que es probable que dicho esfuerzo sea un factor importante en la decisión de participar de ella. Cabe recordar que si el establecimiento no participa del Programa los niños, niñas y adolescentes quedan fuera del esquema y será solo por demanda espontánea y conocimiento de los padres si es que llegan a solicitar el servicio a JUNAEB. Más aún, es un aporte sin el cual el programa no se podría llevar a cabo y hasta la fecha se encuentra invisibilizado.

El informe complementario fue solicitado por el Panel, pero no contó con la autorización de DIPRES para su realización. Como respuesta, JUNAEB realizó una primera aproximación bruta, sin embargo, es necesario llevar a cabo un proceso detallado que identifique las actividades efectivamente realizadas y su valorización. Este proceso debe considerar distintos niveles de participación: docentes, coordinadores en escuelas y coordinadores comunales.

Al momento de elaborar el informe de análisis de información entregado el 11 de diciembre, el Panel Evaluador no tuvo acceso al Anexo Presupuestario, documento en el que debería estar cuantificado el aporte de todas las entidades que colaboran con el programa. Dicho anexo fue entregado posteriormente y discutido con JUNAEB el 9 de enero de 2025. En este análisis quedó en evidencia que el servicio no contaba con información ni valorización del aporte que realizan los establecimientos y actores fuera del Gobierno Central, a pesar de ser un dato clave para el funcionamiento del programa.

En este contexto, se solicita la realización de un estudio complementario o adicional en el futuro que contemple los siguientes aspectos:

1. Identificación de la estructura de los aportes de los establecimientos y comunidades.
2. Definición de una estructura mínima del aporte de los establecimientos en base a un análisis comparado (censal o muestral).
3. Definición de un método de valorización de los aportes.
4. Estimación del aporte de los establecimientos en términos monetarios.

Este estudio permitirá mejorar la comprensión y cuantificación de los recursos que sustentan el programa, asegurando una mejor planificación y optimización de los aportes en el futuro.

D. Identificar la necesidad que el Panel levante información cualitativa

Ámbito	
Contexto y justificación	<i>Profundizar en materias de diseño e implementación</i>
Objetivo	<i>Conocer la perspectiva de actores relacionados que no son parte de JUNAB central</i>
Método de recolección de datos	<i>Entrevistas Online</i>
Selección de la muestra.	Identificación de personas en función de su rol en el programa
Operacionalización	Solicitud de entrevistas por medio de contraparte Junaeb
Técnica de análisis de datos	Entrevista semi estructurada
Consideraciones éticas	Se pedirá consentimiento informado
Limitaciones	Se realizarán hasta 10 entrevistas velando representatividad de roles que permitan contribuir a cerrar información del programa

**Anexo 2(a): Matriz de Evaluación del programa<sup>72</sup>**

<p><b>NOMBRE DEL PROGRAMA:</b> Servicios Médicos (Asistencia Médica Prebásica, Básica y Media)  <b>AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA:</b> 1992  <b>MINISTERIO RESPONSABLE:</b> Ministerio de  <b>SERVICIO RESPONSABLE:</b> Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas</p>				
ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control) <sup>21</sup>	Fórmula de Cálculo		
<p>FIN: Contribuir a que Estudiantes con problemas de visión, de audición y de postura matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado continúen estudios en igualdad de oportunidades.</p>				
<p>PROPÓSITO: Estudiantes matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado mejoran sus condiciones de salud visual, auditiva y postural</p>	<p>Porcentaje de estudiantes que mejoran sus condiciones de salud visual, auditiva y postural de establecimientos públicos y subvencionados ingresando a salud escolar de JUNAEB en el año t</p>	<p>(N Total de estudiantes atendidos por el Programa de Servicios Médicos que mejoran sus condiciones de salud visual, auditiva y postural en el año t/ N Total de estudiantes derivados a atención médica por el Programa de Servicios Médicos el año t) *100</p>	<p>Bases de datos propias del Programa</p>	<p>Los resultados de este indicador se pueden desagregar por: <b>Identidad de Género</b> <b>Territorio</b></p>
	<p>Porcentaje de estudiantes pertenecientes al Programa de Servicios Médicos que se encuentran en control y continúan su tratamiento médico especializado en el año t</p>	<p>(Nº de estudiantes pertenecientes Programa de Servicios Médicos que asisten a control médico en el año t/ Nº de estudiantes pertenecientes Programa de Servicios Médicos que se encuentran en control) *100</p>	<p>Bases de datos propias del Programa BBDD Atención Médica Control Programa SSMM año t BBDD Atención Médica Control Programa SSMM año t</p>	<p>Los resultados de este indicador se pueden desagregar por: <b>Identidad de Género</b> <b>Territorio</b></p>

<sup>72</sup> Ver Metodología para Construcción de Matriz de Marco Lógico en [www.Dipres.cl](http://www.Dipres.cl), Control de Gestión, Evaluación de Programas Gubernamentales, Dipres, 2023; en [https://www.Dipres.gob.cl/598/articles-140852\\_doc\\_pdf.pdf](https://www.Dipres.gob.cl/598/articles-140852_doc_pdf.pdf)

<p>COMPONENTES:</p> <p>1. Participación y Educación <b>Objetivo Fortalecer la participación, conocimiento y adhesión del programa de Servicios Médicos al interior de las comunas, establecimientos educacionales y comunidad educativa.</b></p>	<p>Porcentaje de estudiantes matriculados en Establecimientos Educacionales financiados por el Estados adscritos al Programa de Servicios Médicos que reciben acciones del Componente de Participación y Educación de JUNAEB en el año t</p>	<p>(N Total de estudiantes matriculados en establecimientos educacionales financiados por el Estados adscritos al Programa de Servicios Médicos que reciben acciones del Componente de Participación y Educación de JUNAEB en el año t / N Total de estudiantes matriculados en establecimientos educacionales financiados por el Estados adscritos al Programa de Servicios Médicos el año t) *100</p>		<p>Los resultados de este indicador se pueden desagregar por: <b>Identidad de Género</b> <b>Territorio</b></p>
<p>2.Prevenición (Screening) <b>Objetivo</b> Evaluar a estudiantes Confirmando o descartando sospecha de alteraciones de salud derivadas por profesor(a) y que aborda el programa.</p>	<p>Porcentaje de estudiantes matriculados en Establecimientos Educacionales financiados por el Estado adscritos al Programa de Servicios Médicos que reciben evaluaciones de prevención(tamizaje) de profesionales del área de la salud en el año t</p>	<p>(N Total de estudiantes matriculados en establecimientos educacionales financiados por el Estados adscritos al Programa de Servicios Médicos que reciben evaluaciones de prevención (tamizaje)de profesionales de área de la salud en el año t / N Total, de estudiantes matriculados en establecimientos educacionales financiados por el Estado adscritos al Programa de Servicios Médicos que fueron derivados por el establecimiento por sospecha de alteraciones de salud en el año t) *100</p>	<p><b>Bases de datos propias del Programa BBDD Atención Tamizaje Programa SSMM</b> año t</p>	<p>Los resultados de este indicador se pueden desagregar por: <b>Identidad de Género</b> <b>Territorio</b></p>
<p>3.Atención Médica Especializada: <b>Objetivo:</b> Vigilar y controlar la patología durante la trayectoria académica del estudiante en las especialidades de oftalmología, otorrino y columna.</p>	<p><b>Porcentaje de estudiantes matriculados en Establecimientos Educacionales financiados por el Estado que son atendidos por especialistas médicos (oftalmólogos, otorrinos, fisiatras, y traumatólogos) del Programa de Servicios Médicos en el año t</b></p>	<p>(N Total de estudiantes matriculados en establecimientos educacionales financiados por el Estado que son atendidos por especialistas médicos del Programa de Servicios Médicos el año t / N Total de estudiantes matriculados en establecimientos educacionales financiados por el Estado que requieren atenciones médicas del Programa de Servicios Médicos en el año t) *100</p>	<p><b>Bases de datos propias del Programa BBDD Atención Médica Especialistas Programa SSMM</b> año t</p>	<p>Los resultados de este indicador se pueden desagregar por: <b>Identidad de Género</b> <b>Territorio</b></p>
<p>4. Entrega de Tratamiento: <b>Objetivo:</b> Entregar tratamiento a problemas de salud indicado por especialistas médicos.</p>	<p>Porcentaje de estudiantes beneficiados por el Programa de Servicios Médicos que reciben prestaciones de apoyo y/o tratamientos auditivos, visual y postural en el año t</p>	<p>(N Total de estudiantes beneficiados por el Programade Servicios Médicos que reciben prestaciones de apoyo y/o tratamientos auditivo, visual y postural en el año t / N Total de estudiantes beneficiados por el Programa de Servicios Médicos que requieren prestaciones de apoyo y/o tratamientos auditivos, visual</p>	<p><b>Bases de datos propias del Programa BBDD Tratamientos Médicos Indicados y Recibidos</b></p>	<p>Los resultados de este indicador se pueden desagregar por: <b>Identidad de Género</b> <b>Territorio</b></p>

		y postural en el año t) *100	Programa SSMM año t	
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>COMPONENTE 1</p> <p>Capacitación y habilitación anual a los actores que participan del programa.</p> <p>Capacitación en pesquisa.</p> <p>Estrategias de trabajo con padres.</p> <p>Competencias en Autocuidado.</p> <p>Uso y Cuidado de Tratamientos.</p> <p>Jornadas de Retroalimentación de Resultados</p> <p>COMPONENTE 2</p> <p>En la etapa de Tamizaje, existen dos modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamizaje a la pesquisa del profesor/a o educadora de párvulo.</li> <li>• Tamizaje universal a toda la matrícula de cursos focalizados.</li> </ul> <p>incluye previa a su realización una acción de carácter educativo para las tres especialidades cuyo foco está orientado a:</p> <p>Dar a conocer los objetivos del Programa de SSMM.</p> <p>Educar sobre patologías más prevalentes en niños, niñas y sus alcances.</p> <p>Explicar signos y síntomas asociados a dichas patologías, sus causas y consecuencias en el aprendizaje y la salud.</p> <p><u>Oftalmología:</u></p> <p>Consejería y Componente Educativo</p> <p>Test de Hirschberg</p> <p>Cover Test</p> <p>Agudeza visual</p> <p><u>Otorrinolaringología:</u></p> <p>Consejería y Componente Educativo</p> <p>Emisiones Otoacústicas (Pre-escolar)</p> <p>Audiometrías Universales</p> <p><u>Columna:</u></p> <p>Consejería y Componente Educativo</p> <p>Test de Adams</p>				

<p>Medición IMC COMPONENTE 3 Contempla diagnóstico y atención médica especializada: ejecutada por médico especialista en cada área para confirmar o descartar diagnóstico y prescribir indicaciones, en las áreas de oftalmología, otorrino y columna. La atención médica contempla indicación de tratamiento, vigilancia y control a la patología. Dentro de la Atención Médica existe la atención de Atenciones Médicas Específicas, cuyas prestaciones dada su especificidad, requieren de una evaluación y tratamiento especial, incluye: Implantes Auditivos, Baja Visión, Vigilancia en Columna. Todas las áreas cuentan con Normativa Técnica Actualizadas COMPONENTE 4 Contempla la entrega de tratamientos y servicios de apoyo que se gestan en base a la indicación del médico especialista para una adecuada resolución del problema de salud detectado. Corresponden a las ayudas técnicas auditivas, planes de adaptación de ayudas técnicas auditivas, *implantes auditivos, *medicamentos, lentes ópticos, lentes de contacto, sesiones de kinesiterapia, corsé, realce, plan de apoyo al uso del corsé, plan de rehabilitación en Baja Visión y ayudas técnicas ópticas y no ópticas en Baja Visión.</p>				
---	--	--	--	--

Anexo 2(b): Medición de indicadores Matriz de Evaluación del programa, período 2021-2024

NOMBRE DEL PROGRAMA: Servicios Médicos (Asistencia Médica Prebásica, Básica y Media)						
AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 1992						
MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de						
SERVICIO RESPONSABLE: Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas						
Enunciado del objetivo	Indicadores		Evolución de Indicadores			
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control) <sup>22</sup>	Fórmula de cálculo	Cuantificación			
			2021	2022	2023	2024
Fin						
Propósito	<b>Dimensión:</b> Eficacia <b>Periodicidad:</b> Anual <b>Sentido de medición:</b> Ascendente <b>Ámbito de Control:</b> Resultado	(N Total de estudiantes atendidos por el Programa de Servicios Médicos que mejoran sus condiciones de salud visual, auditiva y postural en el año t/ N Total de estudiantes derivados a atención médica por el Programa de Servicios Médicos el año t) *100	55%	51%	67%	
	<b>Dimensión:</b> Eficacia <b>Periodicidad:</b> Anual <b>Sentido de medición:</b> Ascendente <b>Ámbito de Control:</b> Resultado	(Nº de estudiantes pertenecientes Programa de Servicios Médicos que asisten a control médico en el año t/ Nº de estudiantes pertenecientes Programa de Servicios Médicos que se encuentran en control) *100	71%	72%	75%	
Componente 1	<b>Dimensión:</b> Eficacia <b>Periodicidad:</b> Anual <b>Sentido de medición:</b> Ascendente <b>Ámbito de Control:</b> Producto	(N Total de estudiantes matriculados en establecimientos educacionales financiados por el Estado adscritos al Programa de Servicios Médicos que reciben acciones del Componente de Participación y Educación de JUNAEB en el año t / N Total de estudiantes matriculados en establecimientos educacionales financiados por el Estados adscritos al Programa de Servicios Médicos el año t) *100	48%	0%	0%	

**Anexo 2(c): Análisis de diseño del programa**

**A. Relaciones de causalidad de los objetivos del programa (Lógica Vertical)**

Pregunta	Si	No	Argumentación
¿El <b>fin</b> se plantea como una respuesta a largo plazo del problema o necesidad que aborda el programa?	X		
¿El <b>fin</b> se plantea como un resultado final esperado en virtud de la ejecución del programa?		X	El programa contribuye a ese resultado final
¿Existe un solo <b>propósito</b> que identifica claramente la variable a intervenir?	X		
¿El <b>propósito</b> se plantea como una respuesta concreta al problema o necesidad que aborda el programa?	X		
¿El <b>propósito</b> se plantea como un resultado intermedio esperado en virtud de la ejecución del programa?	X		
¿Los <b>componentes</b> son los necesarios y suficientes para los logros del propósito? (Si la respuesta es no, se solicita indicar si hay algún componente que sea prescindible o posible de sustituir por otros más eficaces y/o eficientes y/o si existe un componente que no es producido en la actualidad y que permitiría mejorar la eficacia y/o eficiencia del programa).	X		Lamentablemente el componente 1 no se está ejecutando por problemas presupuestarios, siendo esencial para el logro del propósito.
¿Los <b>componentes</b> se definen como bienes y servicios generados por el programa?	X		
¿Se identifica y/o existe claridad sobre la modalidad de producción de los <b>componentes</b> del programa?	X		Había inclusión de actividades de gestión de otros componentes en el componente 1, lo cual fue solucionado
¿Las <b>actividades</b> son las necesarias y suficientes para producir los componentes? (Si la respuesta es no, se solicita indicar si hay alguna actividad que sea prescindible o posible de sustituir por otras más eficaces y/o eficientes y/o si existe una actividad que no es producida en la actualidad y que permitiría mejorar la eficacia y/o eficiencia del programa).		X	Son las necesarias, pero hoy no se realizan de manera suficiente por la falta de presupuesto.
¿Las <b>actividades</b> dan cuenta de un proceso de producción de los componentes?	X		
¿El programa identifica <b>supuestos</b> en los diferentes niveles de objetivos?	X		

Pregunta	Si	No	Argumentación
¿Los <b>supuestos</b> son válidos y pertinentes (que tengan cierta probabilidad de ocurrencia)?	X		
¿El programa considera medidas para enfrentar o minimizar el riesgo de estos <b>supuestos</b> ?	X		Para ser supuesto SIEMPRE deben ser situaciones externas, no controlables por el programa, por lo que la pregunta no es muy pertinente. No obstante, el programa realiza gestiones para minimizar su ocurrencia, como por ejemplo lo relacionado a las licitaciones.
¿El programa realiza monitoreo y seguimiento a estos <b>supuestos</b> ?		X	Los supuestos no se monitorean, ocurren o no.
<b>JUICIO EVALUATIVO:</b>			
<p><b>El diseño del programa es el apropiado para abordar el problema/necesidad central, así como para abordar las causas que le dan origen. La estrategia de entrega de servicios médicos es válida.</b> La esencia del programa es hacerse cargo de la falta de diagnóstico precoz y tratamiento especializado oportuno, porque permite la contratación a precios de mercado privado de los especialistas, logrando disminuir la inequidad de distribución territorial.</p>			

**B. Sistema de indicadores del programa (Lógica Horizontal)**

Pregunta	Si	No	Argumentación
¿El programa presenta <b>indicadores</b> en los niveles: fin, propósito y componentes?		X	EL programa no cuenta con indicadores para el fin
¿Los <b>indicadores</b> definidos en los distintos niveles identifican medios de verificación de fácil acceso?	X		Los indicadores se calculan con la información de las bases de datos del programa
¿Los <b>indicadores</b> definidos en los distintos niveles tienen mediciones para el periodo de evaluación?		X	Faltan los indicadores para 2024
¿Los <b>indicadores a nivel de fin</b> miden la variable principal de este objetivo?		X	EL programa no cuenta con indicadores para el fin
¿Los <b>indicadores a nivel de propósito</b> miden la variable principal de este objetivo?		X	La fórmula de cálculo del indicador no responde a su enunciado
¿Los <b>indicadores a nivel de propósito</b> identifican y miden las distintas dimensiones del desempeño (eficacia, calidad, eficiencia y economía)?		X	Solo se mide cobertura (eficacia)
¿Los <b>indicadores a nivel de propósito</b> dan cuenta del ámbito de control de resultados?		X	No es posible con los indicadores definidos evaluar los resultados
¿Los <b>indicadores a nivel de propósito</b> definidos son técnicamente factibles de medir?		X	Los indicadores son relativamente fáciles de calcular,

Pregunta	Si	No	Argumentación
			pero su fórmula no responde a lo que se quiere medir
¿Los <b>indicadores a nivel de propósito</b> tienen metas adaptadas a la realidad de la variable a medir?		<b>X</b>	No existen metas para los indicadores
¿Los <b>indicadores a nivel de componentes</b> miden la variable principal de estos objetivos?	<b>X</b>		Se mide el objetivo principal de cada componente
¿Los <b>indicadores a nivel de componentes</b> identifican y miden las distintas dimensiones del desempeño (eficacia, calidad, eficiencia y economía)?		<b>X</b>	Solo se mide cobertura (eficacia)
¿Los <b>indicadores a nivel de componentes</b> dan cuenta del ámbito de control de procesos y productos?		<b>X</b>	Los indicadores definidos son insuficientes para evaluar los resultados
¿Los <b>indicadores a nivel de componentes</b> definidos son técnicamente factibles de medir?		<b>X</b>	Los indicadores definidos son fáciles de calcular con las bases de datos del programa
¿Los <b>indicadores a nivel de componentes</b> tienen metas adaptadas a la realidad de la variable a medir?		<b>X</b>	No existen metas para los indicadores
<b>JUICIO EVALUATIVO:</b> <b>El diseño del programa, en la lógica horizontal de la matriz de marco lógico, no da cuenta de un correcto monitoreo y seguimiento de la ejecución del programa, por ese motivo el Panel propone una nueva matriz en el Anexo 2(d).</b>			

**Anexo 2(d): Matriz de Evaluación del programa propuesta por el Panel**

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA:</b> Servicios Médicos (Asistencia Médica Prebásica, Básica y Media) <b>AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA:</b> 1992    1992 <b>MINISTERIO RESPONSABLE:</b> <b>SERVICIO RESPONSABLE:</b>				
ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control) <sup>21</sup>	Fórmula de Cálculo		
FIN: Contribuir a que Estudiantes con problemas de salud priorizados, matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado continúen estudios en igualdad de oportunidades.				

<p>PROPÓSITO: Estudiantes preescolares y escolares matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado mejoran sus condiciones de salud visual, auditiva y postural.</p>	<p>INDICADOR DE CUMPLIMIENTO DEL PROPÓSITO</p>	<p>Tasa retención estudiantes considerados sanos en pesquisa y tamizaje/ Tasa de retención estudiantes tratados</p>	<p>Bases de datos del Mineduc</p>	<p>Meta indicador = 1</p>
	<p>COBERTURA EFECTIVA SEGÚN PREVALENCIA: Porcentaje de estudiantes que reciben tratamiento o se encuentran en control de salud visual, auditiva y postural de establecimientos públicos y subvencionados ingresando a salud escolar de JUNAEB en el año t</p> <p>Desagregado por condición de salud: visual, auditiva o postural, por tipo de establecimiento y por sexo.</p> <p>EFICACIA / RESULTADO FINAL</p>	<p>(N °Total de estudiantes preescolares y escolares matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado atendidos por el Programa de Servicios Médicos que reciben tratamiento en el año t/ N TOTAL esperado SEGÚN PREVALENCIAS de estudiantes preescolares y escolares matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado, que presentan problemas de salud visual, auditiva y postural en el año t) *100<sup>73</sup></p>	<p>Bases de datos propias del Programa, Prevalencia de las patologías tratadas por el programa</p>	<p>El tratamiento es entregado en cantidad y calidad suficiente para ser efectivo. El paciente cumple con el tratamiento y seguimiento</p> <p>Procesos de compras exitosos</p>
	<p>Variación del gasto promedio por estudiante tratado en el año t, desagregado por sexo y territorio con respecto al año t-1</p> <p>EFICIENCIA / RESULTADO FINAL</p>	<p>((Gasto promedio por estudiante tratado en año t/ Gasto promedio por estudiante tratado en año t -1) - 1) * 100</p>	<p>Bases de datos del programa, Ejecución presupuestaria del gasto total del programa</p>	<p>Se realiza contabilización del gasto por componentes y gasto de administración de forma anual.</p>
	<p>Indicador de calidad Satisfacción de las personas beneficiadas por el programa desagregado por condición de salud: visual, auditiva o postural, por tipo de establecimiento y por sexo.</p> <p>CALIDAD/ RESULTADO FINAL</p>	<p>N personas que contestan bueno y muy bueno en la encuesta de satisfacción de atenciones médicas según especialidad en el año t/ N total de las encuestas aplicadas según especialidad en año t*100</p>	<p>Encuesta ABMODIFICADA</p>	

<sup>73</sup> Indicador aperturado por condición de salud, misma estructura del indicador general.

	<p>Indicador de economía Porcentaje de ejecución presupuestaria en el año t</p> <p>Variación del porcentaje de gastos de administración del total de gastos del programa en el año t respecto a t-1</p> <p>ECONOMÍA/ RESULTADO</p>	<p>Ejecución presupuestaria en el año t/ Presupuesto en el año t</p> <p>((Gasto de administración en el año t/ Gasto de administración en año t -1) - 1) *100</p>	<p><b>Bases de datos del programa,</b> Ejecución presupuestaria del gasto total del programa</p>	<p>Se realiza contabilización del gasto por componentes y gasto de administración de forma anual.</p>
--	--	---	--	---

<p><b>COMPONENTES:</b></p> <p><b>1. Promoción de salud</b>  <b>Objetivo: Fortalecer la promoción de hábitos saludables, la participación comunitaria y la comunicación social respecto de la salud escolar.</b></p>	<p>Porcentaje de estudiantes matriculados en Establecimientos Educativos financiados por el Estado adscritos al Programa que <b>reciben el tipo de acción más relevante en este componente</b> en el año t.   EFICACIA/PROCESO</p>	<p>(N Total de estudiantes matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado adscritos al Programa de Servicios Médicos que reciben acciones del Componente t / N Total de estudiantes matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estados adscritos al Programa de Servicios Médicos el año t) *100</p>	<p><b>Bases de datos propias del Programa</b></p>	
<p><b>2. DETECCIÓN PRECOZ</b>  <b>Objetivo Evaluar a estudiantes confirmando o descartando pesquisa de alteraciones de salud que aborda el programa, derivadas por profesor(a) y derivar a médico/a especialista.</b></p>	<p>Porcentaje de estudiantes matriculados en Establecimientos Educativos financiados por el Estado adscritos al Programa de Servicios Médicos que son pesquisados por parte de profesores capacitados en el año t desagregado por condición de salud: visual, auditiva o postural, por tipo de establecimiento y por sexo.  (EFICACIA / PROCESO)</p>	<p>(Nº de estudiantes pesquisados por profesor en el año t / Nº total de estudiantes en los cursos priorizados de los establecimientos adscritos al programa en el año t)</p>	<p><b>Bases de datos propias del Programa, Base de datos Ministerio de Educación</b></p>	
	<p>Porcentaje de estudiantes matriculados en Establecimientos Educativos financiados por el Estados adscritos al Programa de Servicios Médicos, con sospecha de patología (PESQUISADOS) que reciben evaluaciones de tamizaje de profesionales del área de la salud en el año t desagregado por condición de salud: visual, auditiva o postural, por tipo de establecimiento y por sexo.  (EFICACIA / PROCESO)</p>	<p>(N Total de estudiantes matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado, adscritos al Programa de Servicios Médicos, que reciben evaluaciones tamizaje de profesionales de área de la salud en el año t / Nº Total, de estudiantes matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado, adscritos al Programa de Servicios Médicos, que fueron derivados por el establecimiento por sospecha (PESQUIZADOS) de alteraciones de salud en el año t) *100</p>	<p><b>Bases de datos propias del Programa</b></p>	
	<p>Gasto promedio por estudiante tamizado desagregado por condición de salud: visual, auditiva o postural, por tipo de establecimiento, por sexo y territorio.  (EFICIENCIA / PROCESO)</p>	<p>Gasto total del componente en el año t/Nº total de estudiantes tamizados</p>	<p><b>Bases de datos del programa, Ejecución presupuestaria</b></p>	

	FALSOS POSITIVOS A NIVEL DE PESQUISA (a nivel de profesionales)  EFICACIA / PRODUCTO	(1 – (Nº Total de estudiantes matriculados en establecimientos educacionales financiados por el Estado, TAMIZADOS COMO POSITIVOS en el año t / Nº Total, de estudiantes matriculados en establecimientos educacionales financiados por el Estado, PESQUISADOS en el año t)) *100	Bases de datos del programa	
	FALSOS POSITIVOS A NIVEL DE TAMIZAJE (a nivel de especialista)  EFICACIA / PRODUCTO	(1 – (N Total de estudiantes matriculados en establecimientos educacionales financiados por el Estado, diagnosticados por especialista médico en el año t / Nº Total, de estudiantes matriculados en establecimientos educacionales financiados por el Estado, TAMIZADOS COMO POSITIVOS en el año t)) *100	Bases de datos del programa	
	Indicador de calidad Satisfacción de los profesionales contratados por el programa desagregado por especialidad.  CALIDAD/ PROCESO	N personas que contestan bueno y muy bueno en la encuesta de satisfacción profesionales según especialidad en el año t/ N total de las encuestas aplicadas según especialidad en año t*100	Encuesta	
	Indicador de calidad Tiempo en gestión de compras, desagrada por presentación de servicio médico (tipo de consulta)  CALIDAD/PROCESO	Días de adjudicación=Fecha de adjudicación–Fecha de solicitud de compra	Base de datos de compra	Se crea y mantiene este panel de control de información
	Indicador de economía Porcentaje de ejecución presupuestaria en el año t	Ejecución presupuestaria del componente en el año t/ Presupuesto del componente en el año t		

<p><b>3. Atenciones Médicas Especializadas</b></p> <p><b>Objetivo: Diagnosticar y controlar la patología durante la trayectoria académica del estudiante en las especialidades de oftalmología, otorrinología y traumatología.</b></p>	<p><b>COBERTURA PRIMERA CONSULTA</b>  <b>Porcentaje de estudiantes matriculados en Establecimientos Educativos financiados por el Estado, tamizados positivos, que son atendidos por especialistas médicos (oftalmólogos, otorrinos, fisiatras, y traumatólogos) en el año t</b>  desagregado por ingreso o control, condición de salud: visual, auditiva o postural, por tipo de establecimiento, por sexo y territorio.</p> <p><b>(EFICACIA / PRODUCTO)</b></p>	<p>(N Total de estudiantes matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado, tamizados positivos, que son atendidos por especialistas médicos el año t / N Total de estudiantes matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado derivados desde el tamizaje en el año t) *100</p>	<p><b>Bases de datos propias del Programa</b></p>		
	<p><b>COBERTURA CONTROLES</b>  <b>Porcentaje de estudiantes pertenecientes al programa que reciben control por especialistas médicos (oftalmólogos, otorrinos, fisiatras, y traumatólogos) en el año t</b>  desagregado por ingreso o control, condición de salud: visual, auditiva o postural, por tipo de establecimiento, por sexo y territorio.</p> <p><b>(EFICACIA / PRODUCTO)</b></p>	<p>(Nº de estudiantes que reciben control en el año t / Nº de estudiantes que forman parte del programa en el año t-1 y que estén matriculados en <b>Establecimientos Educativos financiados por el Estado en el año t</b>) * 100</p>	<p><b>Bases de datos del programa</b></p>		
	<p>TIEMPO DE ESPERA CONSULTA  Promedio del tiempo transcurrido (días) entre el tamizaje y la consulta</p> <p><b>(EFICACIA / PRODUCTO)</b></p>	<p><math>(1/N) * \sum(\text{fecha consulta} - \text{fecha tamizaje})</math>  Donde N = Nº de estudiantes que reciben consulta</p>	<p><b>Base de datos del programa</b></p>		

	Gasto promedio por estudiante atendido o controlado desagregado por condición de salud: visual, auditiva o postural, por tipo de establecimiento, sexo y territorio. (EFICIENCIA / PRODUCTO)	Gasto total del componente en el año t / N° total de estudiantes atendidos o controlados año t	Bases de datos del programa, Ejecución presupuestaria	
	Indicador de calidad Satisfacción de los profesionales contratados por el programa desagregado por especialidad.  CALIDAD/ PROCESO	N personas que contestan bueno y muy bueno en la encuesta de satisfacción profesionales según especialidad en el año t/ N total de las encuestas aplicadas según especialidad en año t*100	Encuesta	
	Indicador de calidad Tiempo en gestión de compras, desagregado por presentación de servicio médico (tipo de consulta)  CALIDAD/PROCESO	Días de adjudicación=Fecha de adjudicación–Fecha de solicitud de compra	Base de datos de compra	Se crea y mantiene este panel de control de información
	Indicador de economía Porcentaje de ejecución presupuestaria en el año t	Ejecución presupuestaria del componente en el año t/ Presupuesto del componente en el año t		

<p><b>4. Tratamiento médico</b></p> <p><b>Objetivo: Entregar tratamientos a los/as estudiantes con problemas de salud indicados por especialistas médicos.</b></p>	<p>Porcentaje de estudiantes del Programa de Servicios Médicos que reciben prestaciones de apoyo y/o tratamientos auditivos, visual y postural en el año t. desagregado por condición de salud: visual, auditiva o postural, por tipo de establecimiento, sexo y territorio. (EFICACIA / RESULTADO)</p>	<p>(N Total de estudiantes beneficiados por el Programa de Servicios Médicos que reciben prestaciones de apoyo y/o tratamientos auditivo, visual y postural en el año t / N Total de estudiantes beneficiados por el Programa de Servicios Médicos que requieren prestaciones de apoyo y/o tratamientos auditivos, visual y postural en el año t) *100</p>	<p><b>Bases de datos propias del Programa</b></p>	
	<p>Gasto promedio por estudiante tratado (EFICIENCIA / RESULTADO) desagregado por condición de salud: visual, auditiva o postural, por tipo de establecimiento, sexo y territorio.</p>	<p>Gasto total del componente en el año t/ Nº total de estudiantes que reciben tratamiento</p>	<p><b>Bases de datos del programa, Ejecución presupuestaria</b></p>	
	<p>Latencia entre la indicación (orden de compra) del lente óptico, audífono, corse y la entrega al estudiante. desagregado por tipo de establecimiento, sexo y territorio CALIDAD / PRODUCTO</p>	<p>Días de entrega= Fecha de entrega-Fecha de la indicación</p>	<p>se extrae de la plataforma del Programa</p>	
	<p>Indicador de calidad Tiempo en gestión de compras, desagrada por presentación de servicio médico (tipo de consulta) CALIDAD/PROCESO</p>	<p>Días de adjudicación=Fecha de adjudicación-Fecha de solicitud de compra</p>	<p>Base de datos de compra</p>	<p>Se crea y mantiene este panel de control de información</p>
	<p>Indicador de economía Porcentaje de ejecución presupuestaria en el año t</p>	<p>Ejecución presupuestaria del componente en el año t/ Presupuesto del componente en el año t</p>		

## Actividades

### Componente 1

- Capacitación en competencias en autocuidado
- Educación en promoción de conductas saludables, autocuidado y prevención de malos hábitos
- Realización de campañas comunicacionales
- Acciones intersectoriales
- Jornadas de retroalimentación de resultados de promoción

- Registro de las actividades

## Componente 2

- Educar sobre patologías más prevalentes en niños, niñas y sus alcances.
- Explicar signos y síntomas asociados a dichas patologías, sus causas y consecuencias en el aprendizaje y la salud.
- Estrategias de trabajo con padres
- Capacitación en pesquisa
- Capacitación y habilitación anual a los actores que participan del programa
- Llenado del INA
- Pesquisa por profesores/as y educadoras de párvulos/as
- Tamizaje a la pesquisa del profesor/a o educadora de párvulo.
- Tamizaje universal a toda la matrícula de cursos focalizados
- Consejería y Componente Educativo
- Acciones intersectoriales con sector salud
- Jornadas de retroalimentación de resultados de la detección precoz
- Registro de las actividades

## Componente 3

- atención médica
- prescripción de exámenes
- interconsulta con expertos
- indicación de tratamientos

## Componente 4

- entrega de lentes ópticos y de contacto
- entrega de ayudas técnicas y no técnicas en baja visión
- ejecución del plan de rehabilitación
- entrega de medicamentos
- realización de exámenes (audiometría, impedanciometría y radiografías)

- entrega de audífonos y ejecución del plan de adaptación
- Gestión para la reparación, restitución o reemplazo de tratamientos que lo requieran
- realización esporádica de cirugías
- disponibilización excepcional de implante coclear
- ejecución del plan de rehabilitación
- entrega de corsé y realces
- tratamiento de kinesiterapia
- plan de apoyo al uso del corsé

**A. Proceso de producción de cada uno de los bienes y/o servicios (componentes) que entrega el programa.**

En la implementación del programa se pueden distinguir tres fases:

Fase de planificación:

Junaeb nacional y regional analiza/actualiza las orientaciones técnicas del año

Priorización/selección de cursos, actividades, gestiones que consideran el trabajo con la red de los territorios y el trabajo interno (Finanzas, Compra, etc.)

Planificación presupuestaria

Elaboración y actualización de bases de licitación, del total de prestaciones otorgadas

Entrega de metas vinculadas a los indicadores monitoreado por el Programa (número de encuestas aplicar)

Fase de Ejecución:

Transferencia de fondos para ejecución

Procesos licitatorios en los territorios (publicación, adjudicación, elaboración de contrato, generación de Órdenes de Compra, compromiso presupuestario en SIGFE.

Desarrollo /ejecución de los componentes

Fase de evaluación:

Evaluación anual nacional, regional y comunal

Envío y difusión de información a las instancias respectivas

**Desarrollo / Ejecución de los componentes**

El programa explicita un modelo de intervención que incluye todos los componentes ya señalados en el informe. El esquema siguiente muestra una síntesis del modelo de intervención del programa (a excepción del componente de promoción).

A continuación, se muestran los actores responsables de la ejecución de cada etapa de los componentes 2, 3 y 4:

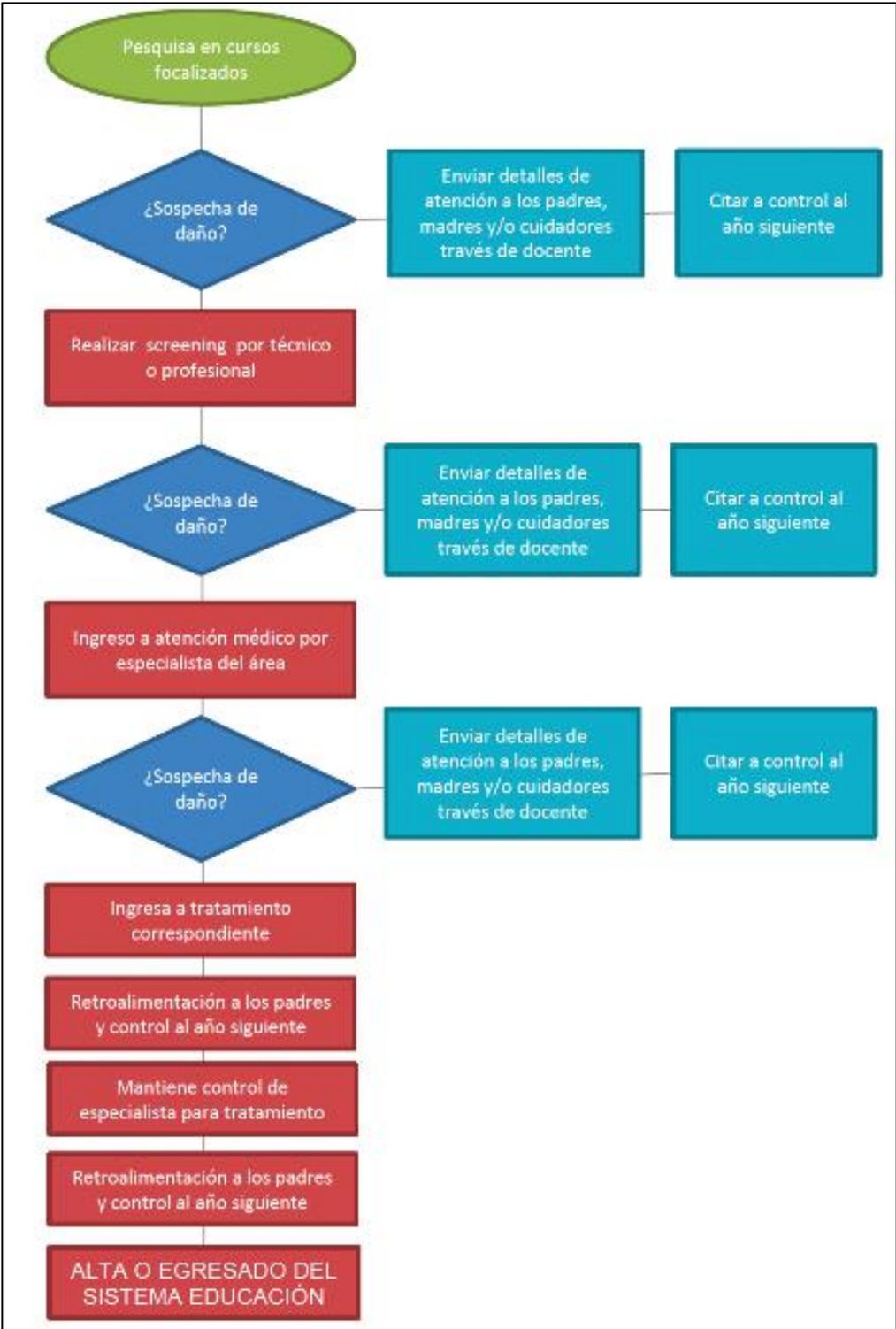
**Figura 2. Ejecutores de los componentes 2, 3 y 4 del programa**

<b>PROMOCIÓN DE SALUD</b>
<i>Educación, capacitación y habilitación a los actores locales claves (autoridades locales, encargados comunales de educación y atención primaria, profesores, padres y apoderados, centros de estudiantes)</i>
<b>DIAGNÓSTICO PRECOZ</b>
<b>PESQUISA</b>
<i>Un profesor/a o educadora de párvulo capacitados determina la sospecha de alteración. En algunas oportunidades esta labor es realizada por coordinadores de salud de establecimientos; estudiantes universitarios en práctica.</i>
<i>Se realiza entre los meses de marzo y mayo a todo su curso y en el caso particular de otorrinología es apoyado con una "encuesta para padres".</i>
<i>Estudiantes pesquisados se derivan a la siguiente etapa, tamizaje. Se solicitan los consentimientos informados.</i>
<b>TAMIZAJE</b>
<i>Tecnólogos/as Médicos/as, Fonoaudiólogos/as y Kinesiólogos/as, realizan tamizaje de estudiantes de cursos pesquisados en establecimientos.</i>
<i>Derivan, en caso de corresponder, a especialista médico. Se solicitan los consentimientos informados.</i>
<i>Además, entregan elementos de autocuidado de la salud visual, auditiva y postural</i>
<i>TM del área auditiva o Fonoaudiólogo/a, realiza exámenes de apoyo a la confirmación diagnóstica.</i>
<b>ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA</b>
<b>INGRESOS</b>
<i>Especialistas médicos/as, de las tres áreas, realizan confirmación diagnóstica e indican tratamientos a seguir.</i>
<b>CONTROLES</b>
<i>Especialistas médicos/as, de las tres áreas, realizan controles y realizan seguimiento de los/as estudiantes. En Oftalmología, para control, se incluye a Tecnólogos Médicos con mención en la especialidad atender a la población en control visual de bajas dioptrías.</i>
<b>TRATAMIENTO</b>
<i>TM del área auditiva o Fonoaudiólogo/a, participa en los planes de rehabilitación a las ayudas técnicas.</i>
<i>Kinesiólogos /as, pueden realizar ejercicios kinésicos según indicación médica y plan de apoyo al uso del corsé.</i>
<i>Otros como psicólogos/as, terapeutas ocupacionales, terapeutas de baja visión, educadores/as diferenciales participan especialmente vinculados/as a planes de rehabilitación, auditiva, visual y postural</i>
<b>ALTA ADMINISTRATIVA O CLÍNICA</b>

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se muestra un flujograma general de los procesos de detección precoz, atención médica y tratamiento.

**Figura 3. Flujograma de pesquisa, atención médica y tratamiento del programa.**



Fuente: Mineduc y Minsal (SI)<sup>74</sup>

<sup>74</sup> “Citar a control el año siguiente” se produce sólo si el médico especialista lo indica.

## Producción de cada Componente

### **Componente 1: Promoción de salud<sup>75</sup>**

Fortalecer la educación, participación, conocimiento y adhesión del programa en beneficiarios de tipo intermedio al interior de las comunas, establecimientos educacionales y comunidad educativa, y en beneficiarios de directos que son los estudiantes de establecimientos adscritos al programa, a través de un conjunto de actividades y estrategias dentro de las cuales se contemplan:

- Capacitación a la comunidad, profesores y estudiantes en competencias en autocuidado
- Educación en promoción de conductas saludables, autocuidado y prevención de malos hábitos
- Realización de campañas comunicacionales
- Acciones intersectoriales con sector salud
- Jornadas de retroalimentación de resultados de promoción
- Registro de las actividades

Es uno de los componentes más relevantes del programa, ya que se sustenta en los marcos teóricos del programa que incluyen los derechos de los niños<sup>76</sup> (Ver anexo 6) y sostiene el grado de compromiso, responsabilidad, logro y sentido de pertenencia con el mismo. El componente se desarrolla especialmente a través de prestadores de carácter multidisciplinario y está dirigido a toda la comunidad educativa. En los establecimientos que no cuentan con el componente, esta tarea es apoyada por encargados de Salud Junaeb.

El programa declara que la implementación de este componente en los territorios “considera el enfoque de derechos, la promoción de salud, la participación social y el trabajo en redes intersectoriales, comunales y locales con centro en la escuela” (Junaeb, 2024a)<sup>77</sup>.

La intervención territorial responde a la necesidad de:

- Disminuir la brecha de establecimientos educacionales que adscriben al programa.
- Aplicar estrategias y metodologías que, en contextos similares, aporten a mejorar los resultados, proyectando replicabilidad del programa.
- Optimizar el tiempo y los recursos, tanto humanos como financieros.

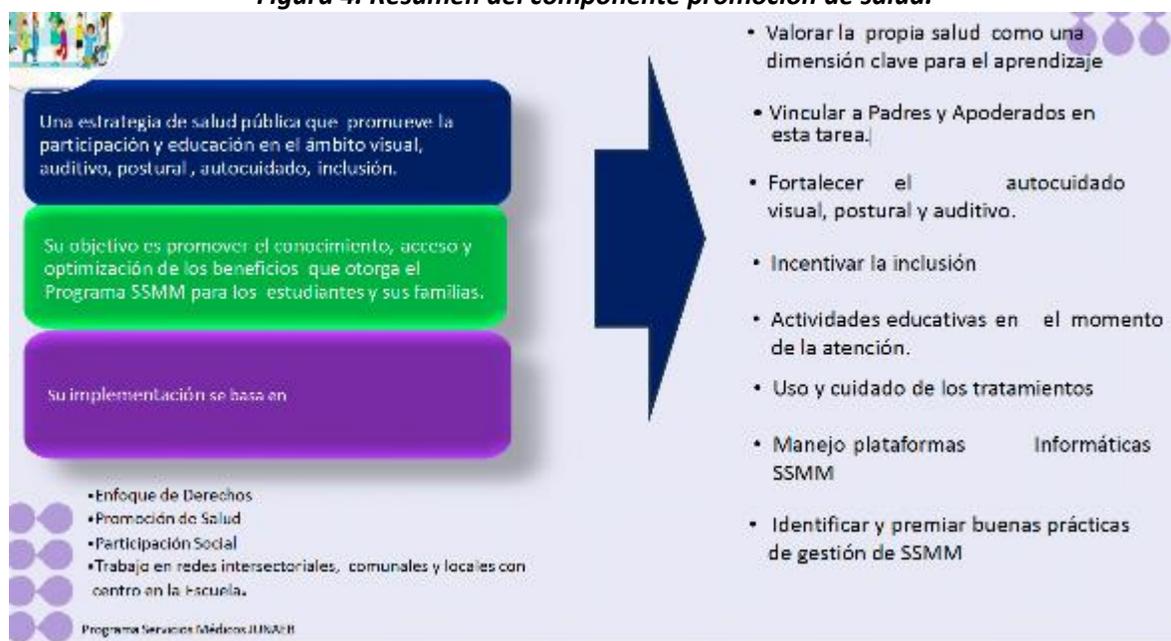
---

<sup>75</sup> El nombre previo a esta evaluación era “Participación y educación”. El panel propuso el cambio sustentándose en la existencia de actividades de gestión para la realización de los otros componentes y porque es una nomenclatura que está a la base de la estrategia (ver Junaeb (2024a, p25)).

<sup>76</sup> Naciones Unidas (1990).

<sup>77</sup> Además, ver Anexo 6.

**Figura 4. Resumen del componente promoción de salud.**



Fuente: Programa

El Programa a partir del año 2021 optó por no implementar el componente de promoción de salud, debido al déficit presupuestario presentado en el área asistencial, de tal manera que estos recursos fueron inyectado al producto estratégico de tratamientos “lentes ópticos”, que es el que tiene mayor demanda. Por ello este componente debe desarrollarse solo a través de la gestión de coordinadores del programa.

### **Promover rol madres/padres/cuidadores en el programa**

El rol de madres/padres/cuidadores/as en la crianza y cuidado de niños, niñas y adolescentes es una tarea desafiante, que día a día involucra un conjunto de retos y acciones que deben ser cuidadas y ejecutadas pensando siempre en las necesidades primarias e individuales, dependiendo del estadio evolutivo en que se encuentren los niños, niñas y adolescentes. En el caso de los estudiantes que son parte del programa hay una serie de consideraciones que se deben tener presentes para acompañar dichos procesos, incorporando acciones de educación y refuerzo, (a través de la red de coordinadores comunales y coordinadores de salud de los establecimientos educacionales) que están presentes en lo cotidiano y que son un aporte para asegurar la adherencia, mantención en el tratamiento y permanencia en el sistema escolar.

El programa en el ámbito de las acciones educativas y de promoción de la salud, tiene una incidencia importante respecto a acompañar a madres/padres/cuidadores y orientar el apoyo que se entrega a los estudiantes que son beneficiarios del programa. Este apoyo debe orientarse fundamentalmente a sensibilizar, alfabetizar a los padres/apoderados y fortalecer la adherencia a los tratamientos y atenciones médicas de control<sup>78</sup>.

<sup>78</sup> Dentro de la parentalidad/parentalidad, existen dos elementos que son fundamentales al momento de ejecutar este rol, uno tiene que ver con proteger y el otro, estimular el desarrollo pleno de niños/as. En el desempeño de este rol encontramos factores internos y contextuales que tiñen todas las acciones, como por ejemplo la historia familiar previa, el contexto sociocultural y económico y las características individuales de cada madre/padre/cuidador, lo que va a influir en la toma de decisiones y en la forma de resolver situaciones de conflicto u otras que tengan injerencia directa en el bienestar y desarrollo de niños/as. Al ser un rol donde la historia personal y familiar influyen directamente, es muy importante estar consciente y contar con un nivel de autoconocimiento que permita emprender acciones adecuadas y promover una vinculación con niños/as que favorezca su desarrollo y crecimiento integral. Los roles parentales y de cuidado además de estar teñidos por la historia personal y familiar, poseen una fuerte carga social y del contexto sociocultural al que pertenecen, muy ligados al deber ser, lo que trae consigo

Es importante además considerar la coherencia que debe tener el programa con todo lo relativo a la Inclusión, generando un espacio que acoge, educa y promueve más allá sólo de la atención médica o de tamizaje que se esté realizando, sino que, también promoviendo con la red colaboradora, prestadores y comunidades educativas, todas las acciones que en lo cotidiano contribuyen a alcanzar una atención inclusiva.

El programa durante toda la intervención y prestaciones que ofrece debe tener en consideración el rol de los padres/cuidadores, entregando un mensaje permanente de apoyo, contención y acompañamiento, que favorezca un buen uso de los distintos tratamientos entregados, favoreciendo la participación en toda la intervención y difundiendo a través de los prestadores y de la vinculación con las comunidades educativas a través de las diversas redes, el autocuidado y la relevancia Orientaciones Técnico-Programáticas.

El programa llama a tener presente:

- Mantener siempre informados/as a los padres/apoderados respecto a las acciones que desarrolla el programa en el establecimiento educacional, no sólo al momento del tamizaje con el consentimiento informado, sino que durante todo el periodo escolar.
- Asegurar que al momento de la atención los padres cuenten con cartilla de refuerzo diagnóstico vía WhatsApp, vía código QR o a través de otras estrategias de difusión que se trabajen con los coordinadores comunales o coordinadores de salud de los establecimientos educacionales.
- Generar alguna actividad a nivel regional que recoja su mirada y opiniones a partir de sus propias experiencias en el programa. Esto puede realizarse a través de coordinación con centros de padres o estudiantes, de manera de promover la participación y conocer aspectos que puedan mejorarse desde el programa.
- Promover las acciones de promoción en salud y autocuidado, reforzando el rol educativo en estas temáticas para las comunidades educativas. Para esto se generan alianzas de colaboración con Universidades, Centros de salud y otras instancias que promuevan la salud y el autocuidado.

El componente de promoción de salud no se ha ejecutado ya que no ha contado con recursos financieros desde 2021. El panel evalúa que esta despriorización debe ser transitoria ya que dicho componente es central para el cumplimiento del propósito del programa.

### ***Componente 2: Detección precoz<sup>79</sup>***

El objetivo de este componente es evaluar a estudiantes bajo sospecha, confirmando o descartando la presencia de alteraciones de salud (visual, auditiva y postural). Se desarrolla en dos etapas: pesquisa realizada por el profesor/a o educadora de párvulo; tamizaje realizado por profesionales contratados/as por el programa.

La pesquisa es la etapa donde se determina la sospecha de alteración, y consiste en el desarrollo de evaluaciones realizadas, entre los meses de marzo y mayo por un profesor/a o educadora de párvulo capacitada anualmente por el programa, a todo su curso y en el caso particular de otorrinología, es apoyado con una “encuesta para padres”. De esta manera se identifica a los/as estudiantes con alguna sospecha de alteración, que son derivados a la siguiente etapa.

En la detección precoz el rol del profesor/a y educadora de párvulos es central, son actores clave, ya que con una adecuada capacitación y manejo del programa, puede hacer la diferencia en la calidad de vida de un estudiante, su

---

una fuerte carga de sentimientos de culpa y estrés asociado a las expectativas y a la demanda tanto de grupos sociales cercanos, como de la sociedad en general.

<sup>79</sup> El nombre previo a esta evaluación era “Prevención (Screening)”. El panel propuso el cambio sustentándose que el término en castellano es más apropiado y que la detección es solo un tipo de prevención, ya que existen otras estrategias de prevención.

trayectoria educativa y desarrollo. El programa requiere, para el logro de sus objetivos, al profesorado en las siguientes acciones (Junaeb, 2017c):

**Realización de la pesquisa anual para identificación de estudiantes con problemas visuales, auditivos y de columna.**

- Ingreso de los datos al sistema informático Junaeb.
- Información a los padres, madres y apoderados sobre los derechos y deberes frente a estos beneficios.
- Incentivar la asistencia a las atenciones y controles médicos.
- Apoyar el uso de los tratamientos especialmente en sala de clases.
- Solicitar ayuda y capacitación a Junaeb cuando lo requieran.
- Mantener Sistema de Registro de Estudiantes con Tratamiento actualizado.

El programa señaló para 2024, atendiendo a la disponibilidad presupuestaria, la acción de pesquisa podría quedar suspendida, priorizando dar soporte y resolución al tamizaje e ingresos del año 2023. El panel evalúa que esta priorización, debe ser transitoria para no aumentar la inequidad del programa.

El tamizaje son evaluaciones realizadas por profesionales del área de la salud contratados por el programa (tecnólogos médicos con mención en oftalmología, fonoaudiólogos y/o tecnólogos médicos con mención en otorrino y kinesiólogos) que se realizan en espacios definidos por la coordinación comunal y/o los establecimientos, que permiten confirmar o descartar sospecha de las alteraciones de salud derivadas por los/as profesores. Las acciones de detección de daño de estudiantes por patología se realizan en base a la normativa técnica aprobada y que rige para cada una de las especialidades (Oftalmología, Otorrinología y Traumatología).

**Cuadro 1. Especificaciones del tamizaje según área evaluar**

ESPECIALIDAD	TEST DE TAMIZAJE	RRHH
Oftalmología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería y Componente Educativo</li> <li>• Test de Hirschberg</li> <li>• Cover Test</li> <li>• Agudeza visual</li> </ul>	Tecnólogo Médico con especialidad en Oftalmología
Otorrinolaringología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería y Componente Educativo</li> <li>• Emisiones Otoacústicas (Pre-escolar)</li> <li>• Audiometrías Universales</li> </ul>	Fonoaudiólogo. Tecnólogo Médico con especialidad en ORL.
Columna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería y Componente Educativo</li> <li>• Test de Adams</li> <li>• Peso y Talla</li> </ul>	Kinesiólogo

Fuente: Programa.

Existe un tamizaje universal (de barrido) a toda la matrícula de cursos definidos que, si bien permite la realización de una acción de detección masiva al grupo curso por un profesional del área de la salud, el programa señala que su eventual implementación debe ser acotada y fundamentada, pues su aplicación sobre algunas matriculas y establecimientos queda en desmedro de una población de estudiantes que no pueden acceder a esta modalidad, lo que resulta en alguna medida como inequitativo. Esta opción universal solo continuó en 2024 como casos excepcionales, y previamente validados por la Dirección Nacional, atendiendo especialmente a situaciones de dispersión geográfica, alta ruralidad, matrícula acotada, escasa disponibilidad de prestadores y disponibilidad y optimización de recursos. El panel evalúa que esta estrategia es muy adecuada pero muy costosa, por lo que se debe mantener su utilización solo en casos calificados para no aumentar la inequidad.

Se realizan licitaciones regionalmente y a nivel país, con Bases Técnicas y Administrativas Específicas<sup>80</sup>, que incorporan el modelo de intervención programática, requerimientos de seguimiento, de información. Las licitaciones corresponden a las acciones de salud contempladas en componente 2 al 4, y cuando había recursos también las asociadas al componente 1.

Las actividades y estrategias dentro de la pesquisa y del tamizaje, que realizan desde el propio programa y en ocasiones profesionales contratados son:

- Jornadas de Capacitación y Habilitación Técnica de carácter inicial, intermedia y final, que incluyen la entrega de orientaciones técnico-administrativas, énfasis anuales, difusión de evaluaciones y resultados y buenas prácticas entre otros.
- Capacitación en pesquisa
- Capacitación en estrategias de trabajo con padres, madres y apoderados/as
- Registro de las actividades
- Capacitaciones para las tres especialidades cuyo foco está orientado a:
  - Dar a conocer los objetivos del Programa de SSMM.
  - Educar sobre patologías más prevalentes en niños, niñas y sus alcances.
- Jornadas de Retroalimentación de Resultados
- Actividades específicas en Oftalmología:
  - Consejería y Educación
  - Realización de Test de Hirschberg, Cover Test
  - Medición de agudeza visual
- Actividades específicas en Otorrinología:
  - Consejería y educación
  - Realización de emisiones otoacústicas (Pre-escolar)
  - Realización de audiometrías universales
- Actividades específicas en Traumatología:
  - Consejería y Educación
  - Realización de Test de Adams
  - Medición del IMC

### **Componente 3: Atención médica especializada**

Su objetivo es atender y controlar la patología durante la trayectoria académica del estudiante en las especialidades de oftalmología, otorrinología y traumatología. La atención es ejecutada por médico/a especialista en cada área para confirmar o descartar el diagnóstico y prescribir indicaciones.

Se realiza en dependencias que la comuna destina para la atención médica pudiendo ser box de consultorio, establecimientos educacionales u otra dependencia que se acondicione y ajuste al requerimiento de la atención médica, o en consultas particulares según previo acuerdo entre Junaeb, coordinador comunal y prestador médico.

Para el registro se considerarán atenciones de ingreso y atenciones médicas de control. Las primeras corresponden a todas aquellas atenciones realizadas por primera vez (después del tamizaje). En tanto, los controles se realizan a estudiantes ya ingresados/as, para monitorear y controlar la patología durante la trayectoria académica del estudiante, o bien, hasta que el profesional determine el alta.

Dentro de la atención médica existen las atenciones médicas específicas de subespecialidad, cuyas prestaciones dada su especificidad, requieren de una evaluación y tratamiento especial. Se incluye: indicación de Implantes Auditivos, Baja Visión (pérdida grave de visión), Vigilancia en Columna.

---

<sup>80</sup> Todo el servicio de licitación se realiza a través de Mercado Público.

El componente se realiza en base a normativa técnica aprobada en cada una de las especialidades que opera, se licita regionalmente con Bases Técnicas y Administrativas<sup>81</sup>, que incorporan el modelo de intervención programática, requerimientos de seguimiento, información y normativa técnica vigente y en concordancia con lo instruido por el Minsal. Solo la contratación de especialistas en columna se realiza en Santiago para estudiantes de todo el país<sup>82</sup>.

Todas/os aquellas/os estudiantes que se encuentran con indicación de control (que puede ser anual o cada 2 años según normativa técnica de cada patología), deben ser registrados/as y presentados/as por el establecimiento a Junaeb para que se le otorgue el control necesario.

El Programa cuenta con un sistema informático centralizado de alcance nacional, que opera en todos los establecimientos, así que, si él/la estudiante se cambia de establecimiento, se le entrega la indicación de presentarse con el coordinador/a de salud del nuevo establecimiento e informar que se encuentra en control, quedando con indicación de control dándose continuidad al tratamiento.

Los cursos priorizados para “Ingreso” por especialidad son los siguientes:

- Oftalmología: Nivel Parvulario: Pre-Kínder (NT1) y Kínder (NT2); Nivel Primario (Básica) 1° y 6° Básico
- Otorrino: Nivel Parvulario: Pre-Kínder (NT1) y Kínder (NT2); Nivel Primario (Básica) 1° Básico
- Traumatología: Nivel Primario (Básica) 7° Básico

Para el año 2024, dado el marco presupuestario, los cursos priorizados correspondieron a:

- Oftalmología: solo 1° Básico
- Otorrino: solo 1° Básico
- Traumatología: 7° Básico

Las actividades realizadas dentro de este componente son:

- Capacitación en estrategias de trabajo con padres
- Redacción de TdR de licitaciones
- Realización de licitaciones y contratos
- Supervisión y control
- Referencias a subespecialistas
- Registro

#### **Oftalmología:**

Los especialistas atienden vicios de refracción que disminuyen la capacidad visual.

Incluye la realización de las siguientes actividades:

- atención médica
- prescripción de exámenes
- interconsulta con expertos
- indicación de tratamiento

#### **Otorrinología:**

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.

---

<sup>81</sup> Todo el servicio de licitación se realiza a través de Mercado Público.

<sup>82</sup> El programa contempló hasta el año 2024 la atención centralizada de especialistas en columna en Santiago, por ser los únicos que a nivel nacional contaban con la especialización, no existiendo oferta en regiones. A partir del año 2025 se abre a la oferta regionalizada.

Incluye la realización de las siguientes actividades:

- atención médica
- prescripción de exámenes
- interconsulta con expertos
- indicación de tratamiento

#### **Traumatología:**

Atiende escoliosis y dorso curvo, previniendo alteraciones mayores que limitan la normal integración y rendimiento en el sistema educativo. Si se trata a tiempo se evita la intervención quirúrgica y la invalidez.

Incluye la realización de las siguientes actividades:

- atención médica
- prescripción de exámenes
- interconsulta con expertos
- indicación de tratamiento

El programa refuerza y retroalimenta a los profesionales respecto de la ley de derechos de las personas en salud, de manera que ellos, durante la atención a estudiantes y sus familias, puedan estar siempre disponibles para aclarar dudas, usar lenguaje apropiado al contexto, respetar el tiempo de atención a cada estudiante, asegurarse de que el padre o tutor responsable comprenda las instrucciones y la atención involucre un espacio de promoción de salud y de autocuidado.

#### **Componente 4: Tratamiento médico<sup>83</sup>**

Su objetivo es entregar tratamiento médico a los problemas de salud indicado por especialistas médicos/as. Contempla la entrega de tratamientos y servicios de apoyo.

Contempla una serie de prestaciones que son licitadas regionalmente a lo largo del territorio nacional, con Bases Técnicas y Administrativas<sup>84</sup>, que incorporan el modelo de intervención programática, los requerimientos de seguimiento, información y normativa técnica vigente y en concordancia con lo instruido por Minsal. Existen algunas licitaciones Nacionales que se realizan en Santiago para estudiantes de todo el país, como lentes ópticos, corsé y audífonos<sup>85</sup>.

Las actividades realizadas son las siguientes:

- Educación en Uso y Cuidado de Tratamientos.
- Entrega de lentes ópticos y de contacto
- Entrega de ayudas técnicas y no técnicas en baja visión
- Ejecución del plan de rehabilitación
- Entrega de medicamentos
- Realización de exámenes (audiometría, impedanciometría, BERA y radiografías)
- Entrega de audífonos y ejecución del plan de adaptación de ayudas técnicas auditivas
- Realización esporádica de cirugías<sup>86</sup>

<sup>83</sup> El nombre previo a esta evaluación era “Entrega de tratamiento”. El panel propuso el cambio para mantener el estilo de los componentes anteriores y agregando el genérico “médico” que engloba todas las acciones que se realizan por indicación médica.

<sup>84</sup> Todo el servicio de licitación se realiza a través de Mercado Público.

<sup>85</sup> A partir del año 2025 la confección de corsé y realce puede ser ejecutada regionalmente en base a la oferta de prestadores.

<sup>86</sup> En este caso existen Convenios de Colaboración sin transferencia de recursos con los Hospitales de Copiapó, Sótero del Río, Hospital Luis Calvo Mackenna y Hospital de Concepción, los que realizan cirugía y rehabilitación, mientras que Junaeb aporta con los dispositivos a implantar.

- Envío a reposición, reparación de tratamientos
- Disponibilización excepcional de implante coclear<sup>87</sup>
- Ejecución de planes de rehabilitación
- Entrega de corsé y realces
- Tratamiento de kinesiología
- Plan de apoyo al uso del corsé

El programa mantiene la opción (válida y pertinente) de realizar prestaciones vía Telesalud para las atenciones de traumatología, así como para prestaciones de Tele rehabilitación (PAC, algunas sesiones de PAA y sesiones de kinesiología), previa coordinación y aprobación de parte de Junaeb con aquellos prestadores que manifiesten la intención y necesidad de realizarla. Puede ser aplicada especialmente en aquellas zonas en que las distancias constituyen un obstáculo para que el/la estudiante acceda fácilmente a la prestación.

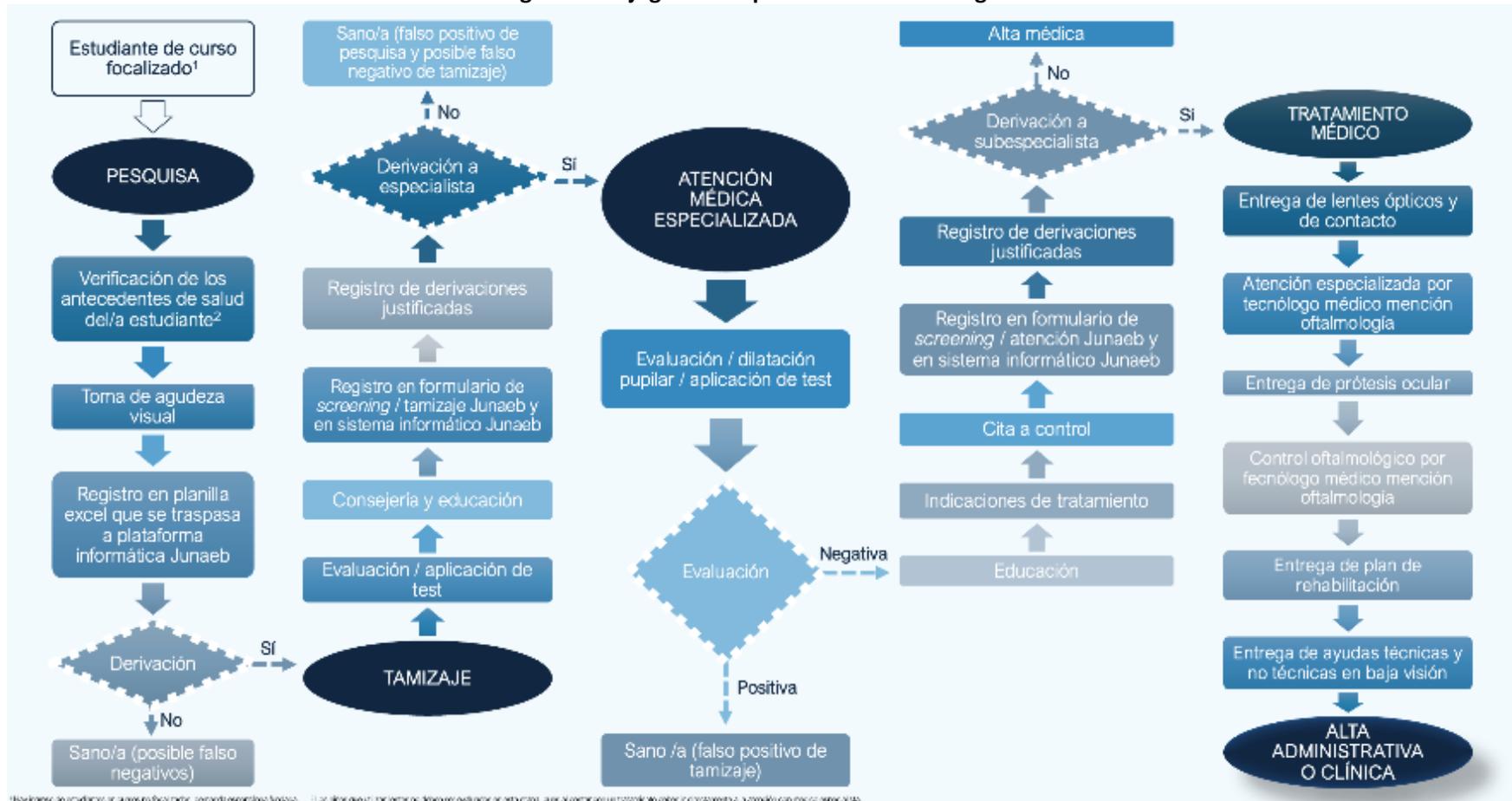
A continuación, se muestran los flujogramas de los componentes 2 al 4 por especialidad.

---

En caso de que un estudiante atendido/a por subespecialista en columna requiere ser derivado a cirugía de escoliosis, esta es canalizada vía GES, cuyo financiamiento y copago depende del sistema de salud al que se encuentre afiliado. Los resultados obtenidos en el proceso de atención, tanto a nivel regional como nacional, son difundidos en las redes respectivas a modo de generar compromiso y adhesión al programa.

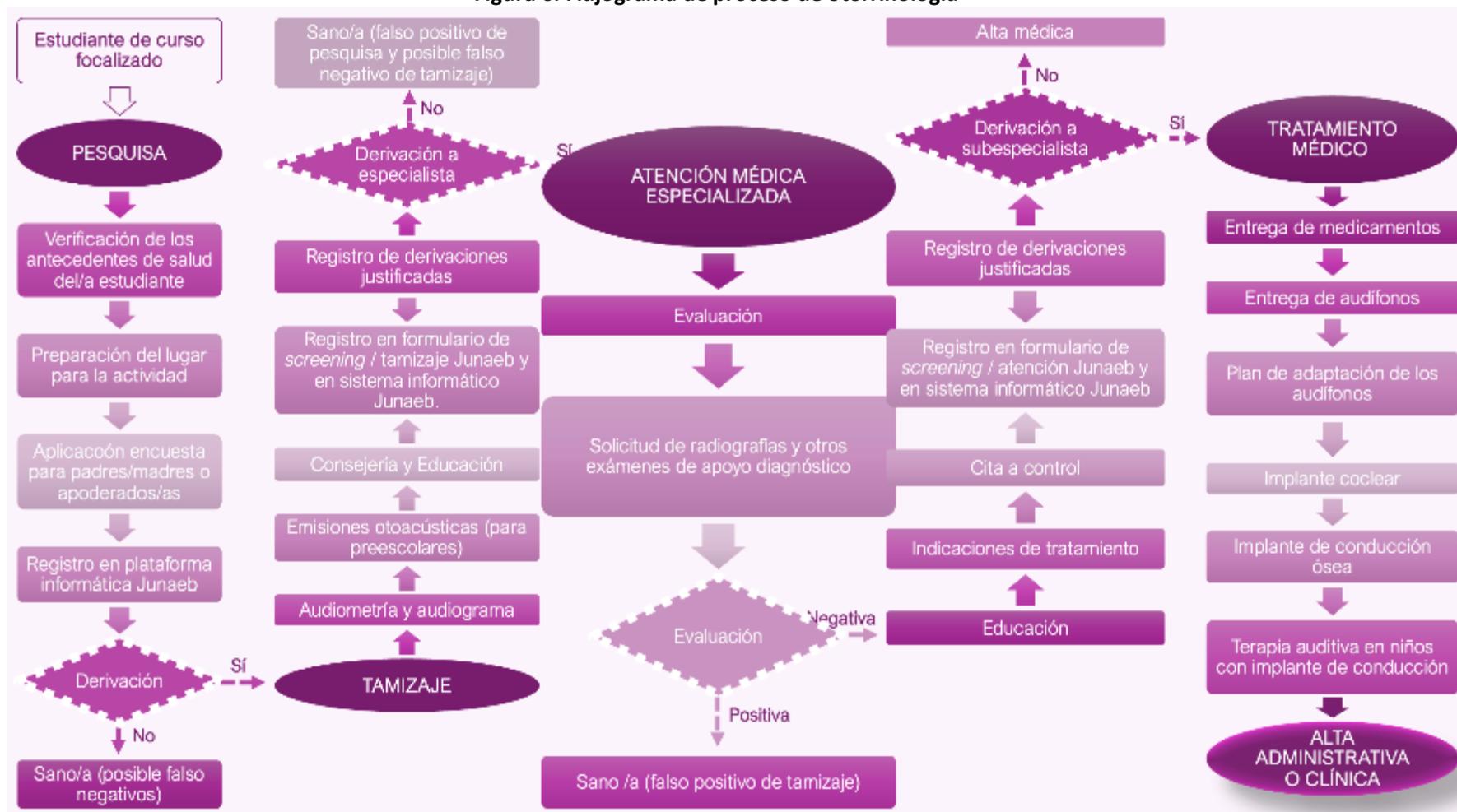
<sup>87</sup> En esta área, además de la gestión de las cirugías asociadas a los implantes de conducción ósea, se entrega apoyo a estudiantes que requieren cambio de procesador, reparación de procesador y adquisición de accesorios que dan soporte a todo el sistema que funciona respecto a cada implante auditivo. Como un apoyo alternativo para estudiantes con pérdida auditiva severa o progresiva, también se ha recomendado por parte de expertos, el uso de audífonos de vibración ósea (ADHEAR), los que han sido incorporados en los productos y dispositivos entregados por Junaeb, dependiendo de las características individuales de cada estudiante requirente. Los Implantes cocleares reciben atención y cobertura desde la Ley Ricarte Soto, por lo que dichos casos serán derivados a los hospitales con los que se tiene convenio para que sean evaluados e ingresados al sistema de salud.

Figura 5. Flujoograma de proceso de oftalmología



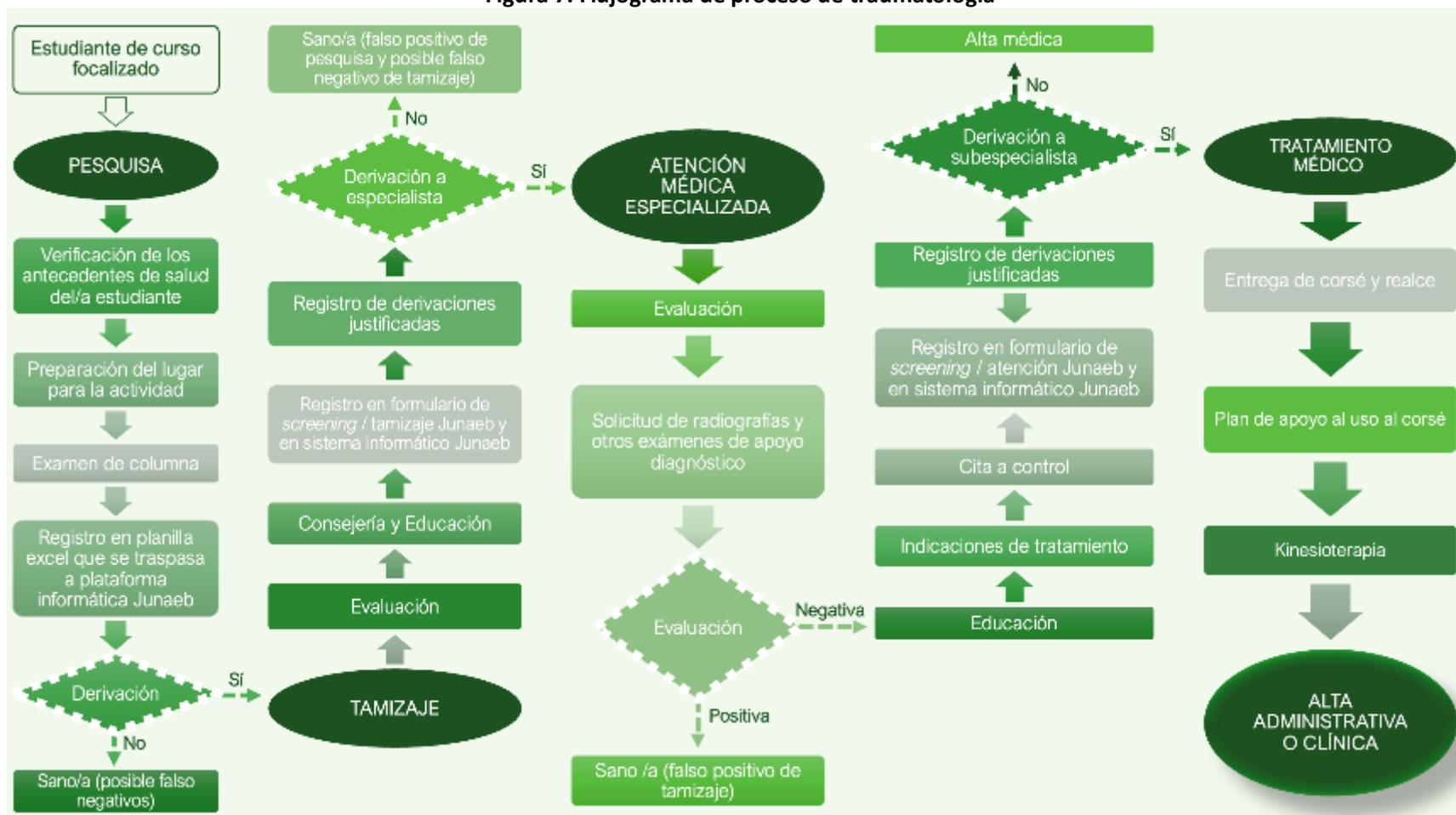
Fuente: Elaboración propia.

Figura 6. Flujoograma de proceso de otorrinología



Fuente: Elaboración propia.

Figura 7. Flujoograma de proceso de traumatología



Fuente: Elaboración propia.

## **B. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación al interior de la institución responsable y con otras instituciones.**

### **Estructura Organizacional en periodo de Evaluación**

Entre 2021 y 2024, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) atravesó un proceso de transformación organizacional que marcó un cambio significativo en la estructura interna y la gestión del Programa de Servicios Médicos.

En 2021, a través de la Resolución N° 1431 de fecha 19 de mayo de 2021, el Programa de Servicios Médicos fue dividido entre varios departamentos:

- **Departamento de Programas, Unidad de Bienestar Estudiantil:** Enfocado en definir especificaciones técnicas y estándares de calidad.
- **Departamento de Operaciones:** Responsable de la gestión operativa, administración de contratos y supervisión de la implementación.
- **Departamento de Usuarios:** Encargado de la caracterización y análisis de los beneficiarios.

Esta distribución fragmentada de responsabilidades de acuerdo con los equipos de Junaeb dificultaba una coordinación fluida y generaba obstáculos en la implementación del programa, especialmente al tratar de integrar la estrategia técnica con la operación en terreno. Los procesos eran lentos y carecían de una visión unificada. Ello fue manifestado y alertado por los equipos técnicos en “Minuta Implementación Reestructura Programas de Salud Escolar” de Agosto 2021.

Luego en 2022, con la Resolución Exenta N° 3549 de fecha 01 de diciembre de 2022, la estructura dio un paso hacia la centralización en términos organizativos. El Programa de Servicios Médicos pasó a depender directamente del **Departamento de Bienestar Estudiantil, Sección de Salud**. Esta nueva organización permitió unificar las responsabilidades técnicas y operativas en una misma área, eliminando la dispersión de funciones.

Las principales funciones incluyeron:

- Diseñar y ejecutar lineamientos técnicos de los programas de salud.
- Supervisar contratos y estándares de calidad.
- Brindar asesoría técnica a las Direcciones Regionales.

Este cambio buscaba reducir los problemas de coordinación y fomentar una gestión más integral, asegurando una mejor implementación de las políticas de salud en el nivel territorial.

El proceso de transformación culminó en 2024, que refleja la organización vigente del programa, con la Resolución Exenta N° DN-01640/2024 del 05 de junio de 2024 que marcó un hito al crear el **Subdepartamento de Salud Estudiantil** como una unidad funcional y operativa independiente, dependiente directamente de la Dirección Nacional de JUNAEB. Dentro de esta estructura, se estableció la **Sección de Servicios Médicos**, con responsabilidades altamente especializadas:

- Diseñar y ejecutar políticas y programas de salud específicos, como el Programa de Servicios Médicos.
- Evaluar y monitorear metas, indicadores y objetivos.
- Elaborar términos de referencia técnicos para licitaciones públicas.
- Generar manuales, protocolos y capacitaciones técnicas para garantizar una implementación efectiva en terreno.

Esta nueva reorganización reflejó una apuesta por jerarquizar y especializar la gestión del programa, otorgándole mayor autonomía operativa y técnica para atender las necesidades específicas de los beneficiarios. El organigrama



Informativa.<sup>88</sup>

Por otra parte, y de acuerdo con lo relatado por Junaeb, el Programa Servicios Médicos cuenta con equipos profesionales en cada una de las Direcciones Regionales que son los encargados de la implementación del Programa en cada uno de los territorios en los que se encuentra operando el Programa. Entre las funciones de los equipos regionales se encuentran:

- Colaborar en el ajuste e implementación del presupuesto y en el seguimiento en cuanto a cobertura, y ejecución presupuestaria del Programa Servicios Médicos.
- Analizar, supervisar y controlar el desarrollo de los procesos del Programa Servicios Médicos.
- Participar en el ajuste de los términos de referencia técnicos para las licitaciones regionales.
- Coordinar con los prestadores regionales calendarios de atención.
- Ejecutar capacitaciones a los Prestadores y a los distintos actores involucrados en el Programa de Servicios Médicos en las directrices del programa.
- Conocer y utilizar las distintas plataformas informáticas del Programa Servicios Médicos a fin de apoyar la gestión y monitoreo del Programa a nivel regional.
- Validar en gestor documental los certificados de recepción conforme para cancelar los servicios de los prestadores y proveedores.
- Realizar informes sobre la gestión del programa de acuerdo con solicitud de la Sección de Servicios Médicos de la Dirección Nacional.
- Asesorar y responder consultas y requerimientos de los prestadores, proveedores, entidades, coordinadores comunales y la red de colaboración.
- Realizar supervisiones y aplicar instrumentos de evaluación de la satisfacción usuaria.
- 

Promover la gestión intersectorial a nivel regional para fortalecer la implementación y gestión del Programa.

La dotación completa asociada al Programa a nivel nacional a 2024 es de 74 funcionarios (as), un 4% pertenecen al estamento administrativo y solo 2 regiones cuentan con dicha dotación (Aysén y Atacama), un 14% pertenecen al estamento técnico con un total de 10 funcionarios/as distribuidos en 6 direcciones regionales (Arica y Parinacota, Valparaíso, O'Higgins, Araucanía, región Metropolitana y Ñuble), un 82% se concentra en el estamento profesional con 61 funcionarios(as), de acuerdo con detalle que se especifica en el Cuadro 4. Hay que considerar que solo el personal indicado en la Dirección Nacional genera funciones exclusivas hacia al programa en todo el resto de los casos los funcionarios además del programa servicios médicos se dedican a los otros programas de salud ejecutados por Junaeb.

---

<sup>88</sup> El Servicio no pudo cuantificar y analizar los apoyos que recibe de otras unidades para efectivamente valorizar el aporte y recursos administrativos que se utilizan.

**Cuadro 4: Dotación Asociada al Programa Servicios Médicos**

Región	Estamento			Totales
	Administrativo	Profesional	Técnico	
Tarapacá		2	2	4
Antofagasta		3		3
Atacama	1	3		4
Coquimbo		5		5
Valparaíso		4	1	5
Libertador Bernardo O'Higgins		3	2	5
Maule		5		5
Bio Bio		6		6
Araucanía		7	1	8
Los Lagos		3		3
Aysén	2	1		3
Magallanes		3		3
Metropolitana		4	2	6
Los Ríos		3		3
Arica		2		2
Ñuble		2	2	4
Dirección Nacional		5		5
<b>Totales</b>	<b>3</b>	<b>61</b>	<b>10</b>	<b>74</b>

Fuente: Ficha de Antecedentes del Programa. Junaeb.

No se cuenta con catastro de personal en las localidades, establecimientos educacionales, municipalidades, entre otros, que permiten la ejecución del programa. Es por lo anterior que el Panel ha solicitado la realización de un estudio complementario y también se indica en las recomendaciones de la presente evaluación.

En base a las entrevistas realizadas con actores de Junaeb y que se han desempeñado en el Programa, se ha indicado que a nivel del territorio existe diversidad en lo que corresponde al funcionamiento del programa, ello porque a nivel de cada Dirección Regional existe una estructura propia y no existe una estandarización. A ello se adiciona que no siempre se cuenta con un coordinador exclusivo para Servicios Médicos, sino que también ven otros programas de Salud o incluso dentro del paga de programas de Bienestar Estudiantil o suplen funciones dependiendo de la necesidad del Servicio.

Se aprecia una mayor sobrecarga de funciones en coordinadores que deben trabajar con establecimientos particular subvencionados, ya que no existe un referente que agrupe dichos establecimientos, siendo entonces un trabajo 1:1 lo cual no es óptimo.

El panel considera que la estructura organizacional debe estabilizarse y, tal como señalan los entrevistados, hoy se está trabajando en recuperar el funcionamiento que se tenía antes de los cambios efectuados en 2021, los cuales fueron disruptivos y generaron un antes y después en el funcionamiento del Programa. En particular los cambios no fueron generados con las personas encargadas de los programas, sino que fue una medida impuesta, existiendo alertas de los impactos que dichos cambios tendrían, sin acompañamiento y capacitación ni readecuación de perfil de profesionales entre otros. Hasta la fecha la organización ha vuelto a cambiar su organización, pero a nivel central dejando mixtura a nivel de las regiones y ambigüedad en alcances y funciones, que entre cambio y cambio de estructura no quedaron asignadas o correctamente definidas.

No se cuenta con información y análisis que permitan emitir un juicio sobre la suficiencia de la dotación del personal del programa (a nivel central, regional y local), lo cual sería esencial para evaluar perfil de competencias, estructuras organizacionales y número óptimo de personal

### **Mecanismos de Coordinación**

En el contexto de la coordinación interna del Programa de Servicios Médicos y su relación con los territorios, es fundamental considerar el carácter histórico de su evolución como un conjunto de acciones progresivas que han moldeado su estructura y objetivos. Desde su creación en 1964 como parte de la institucionalidad de JUNAEB, los Programas de Salud Escolar han atravesado interrupciones y transformaciones significativas que reflejan cambios en las prioridades educativas y de salud del país.

La progresiva incorporación de la oferta programática en salud en los años posteriores a los 90' ha sido clave para fortalecer los vínculos entre el nivel central y los territorios. A priori no se disponen de manuales o normas, ya que responde a una actividad y forma de funcionamiento de más de 30 años. Este proceso ha requerido no solo una actualización constante de los lineamientos técnicos y operativos, sino también el establecimiento de mecanismos de coordinación que buscan una implementación efectiva y adaptada a las realidades locales.

Juaneb indica<sup>89</sup> que la coordinación interna del programa implica una constante coordinación con los Departamento y/o Subdepartamentos de la Dirección Nacional de JUNAEB, especialmente con el Departamento Jurídico para el diseño y asesoría en la elaboración de los formatos de bases de licitación regional, convenios de colaboración, resoluciones, modificaciones de contrato, entre otros. El proceso de coordinación sigue la dinámica habitual y no requiere un protocolo adicional, ya que forma parte de las funciones regulares de la institución. Sin embargo, los referentes de JUNAEB han indicado que, al tratarse de un programa de menor escala, no recibe prioridad por parte de los departamentos de apoyo (por ejemplo, Jurídica). Asimismo, según la información recopilada en las entrevistas, los programas que integran Salud Escolar operan de manera aislada, sin una coordinación efectiva entre ellos.

En vista de que el programa se basa en la compra de servicios existe una estrecha relación con el Subdepartamento de Compras el Programa orientada especialmente a la asesoría de Tratos Directos, gestión de licitaciones nacionales, asesorías en materia de modalidades de compras. Por otra parte, con el Departamento de Planificación la coordinación consiste en acciones vinculadas al presupuesto, vale decir, proceso de formulación presupuestaria, ajustes presupuestarios durante el año, eventuales solicitudes de presupuesto referentes al Programa y monitoreo y seguimiento de la ejecución presupuestaria mensual, Control de Programas, Capacitación a Terceros y estudios.

Otro Departamento con el cual es relevante la coordinación, es con Informática, pues, el Programa mantiene para su gestión alrededor de siete plataformas. Lo anterior, implica ajustes, mejoras, incidencias y mantención de la plataforma para mantener su correcto funcionamiento y disponibilidad de uso a todas las redes que la utiliza, como, por ejemplo: coordinadores de salud de establecimientos educacionales, coordinadores comunales, prestadores y coordinadores regionales y nacionales de Junaeb

Por último, la coordinación con el Departamento de Administración y Finanzas, tanto a nivel nacional y regional es indispensable para la gestión y monitoreo de pago a proveedores, además, del control de los contratos con cada uno de los prestadores del Programa.

Como se indicó anteriormente, una de las principales coordinaciones de la Sección de Servicios Médicos de la Dirección Nacional es con los equipos regionales del Programa, ya que son éstos los encargados de la

---

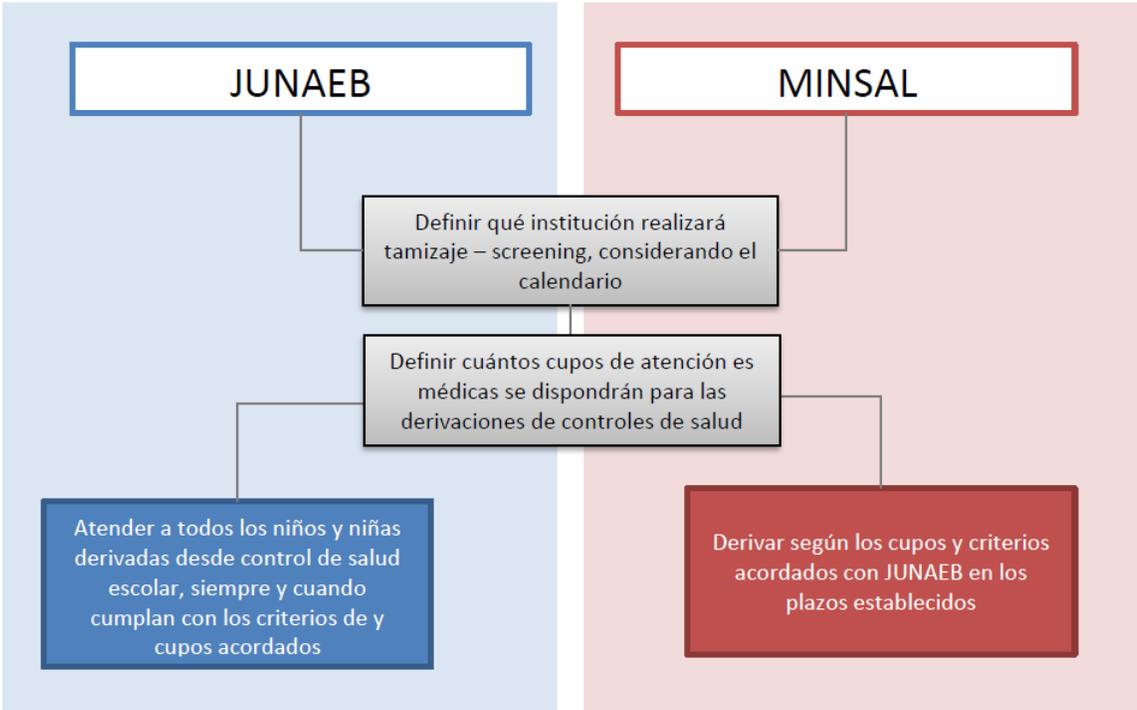
<sup>89</sup> Ficha de Antecedentes del Programa. Junaeb.

implementación en los territorios. Esta coordinación se desarrolla de manera orgánica bajo el liderazgo de la Dirección Nacional. Según lo señalado en entrevistas, no sigue un calendario fijo, pero cuenta con una planificación general ampliada una vez al año, además de reuniones mensuales y otras instancias adicionales que surgen según las necesidades. Desde la pandemia, la presencialidad en estas instancias ha desaparecido, lo que ha debilitado la conexión tanto con las direcciones regionales como con la comunidad. Mantener una cercanía con el territorio es fundamental para captar con precisión el pulso del programa y levantar las necesidades y también estrategias locales.

En relación con la coordinación con otros Ministerios, aun cuando se señala por parte del servicio una relación intersectorial con el Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Servicio Nacional de Discapacidad) sólo se dispone de un Protocolo de coordinación Minsal-Junaeb (sin año indicado en el documento) para la atención de salud escolar en establecimientos educacionales (sin año) que señala la coordinación bilateral entre Minsal y Junaeb en lo que respecta a la decisión de las intuición que se hará responsable del tamizaje y/o screening, asimismo como definir el número de derivaciones que realizará servicios médicos al programa de salud escolar (Infancia y Adolescencia) “de modo que los casos más urgentes sean atendidos por JUNAEB, dada la resolutiveidad y que no se generen listas de espera imposibles de cubrir” (pag.24)

La siguiente figura muestra el proceso propuesto de coordinación entre Minsal y Juaneb.

**Figura 5: Esquema de coordinación entre Minsal y Junaeb en relación con Salud Escolar.**



Fuente: Protocolo de coordinación Minsal-Junaeb para la atención de salud escolar en establecimientos educacional, pág. .25

Adicionalmente, el protocolo establece un esquema de coordinación a nivel regional donde “El Servicio de Salud debe haber formalizado la coordinación, la cual consiste principalmente en la incorporación de JUNAEB al Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA), reconociéndose como institución cuyo aporte en salud para la educación de los niños/as es fundamental” (pág.26, Protocolo de coordinación Minsal-Junaeb para la atención de salud escolar en establecimientos educacional).

Se precisa que a nivel comunal es el Servicio de Salud el equipo que debe asesorar y apoyar la logística del programa, apoyando con acuerdos anteriores entre salud y educación respecto a los cupos de derivación, colegios que se visitarán, etc. Mientras que las Comunas deben ejecutar los controles de salud y dar seguimiento a las derivaciones. Se establecen roles y funciones entre el servicio de salud, encargado del Programa de Salud del Estudiante de JUNAEB, Equipo de Salud Escolar MINSAL y encargado de salud comunal.

Sin embargo, en la práctica es que estas relaciones son poco frecuentes, no existen instancias formales de trabajo conjunto y de diseño programático, aun cuando dado el tenor de la intervención requiere un abordaje sistémico entre salud, educación y protección social.

A su vez, Junaeb señala trabajo coordinado con Universidades públicas y privadas a nivel nacional, Hospitales públicos a nivel nacional como, por ejemplo: Calvo Mackenna, Sótero del Río, San Borja, Exequiel Gonzalez Cortés, Hospital Regional de Copiapó. Este tipo de coordinaciones con los establecimientos de salud son esperables considerando el tipo de intervenciones de especialidad médica que se llevan a cabo.

Junaeb mantiene un trabajo estrecho y colaborativo con diversas universidades en convenio, como la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, UCEM Arte y Educación, la Universidad Mayor y la Universidad de los Andes, a través de sus facultades de medicina o áreas de salud. Gracias a esta colaboración, en 2024 y 2025 se actualizará la norma técnica sobre el manejo de la escoliosis y otras condiciones posturales, tarea que estará a cargo de la Universidad de Chile.

Asimismo, cuentan con el respaldo y apoyo de las sociedades científicas de oftalmología y otorrinolaringología, cuya participación ha sido clave en la actualización de normativas en sus respectivas áreas. La contribución de estos actores se enmarca en un esquema de cooperación basado en su interés y compromiso con la política pública, ya que no reciben remuneración por su labor. Las entrevistas con expertos convocados para temas clínicos reflejan un alto nivel de compromiso y una genuina disposición a colaborar con el programa.

En consulta a la Dipres, sector de educación, indican no tener conocimiento de que exista una coordinación interministerial, al menos no ha sido informada por Junaeb o el Ministerio de Educación. Además, señalan “Una mejora para el proceso, justamente a propósito de la pregunta anterior, podría ser disponer oportunamente de las otras iniciativas, programas o asignaciones (y sus recursos) que tengan intervenciones o beneficiarios similares a los de las distintas asignaciones de este programa presupuestario. Lo anterior, requeriría, además de una coordinación interna de Mineduc, incorporar la oferta programática del Ministerio de Salud y/o Desarrollo Social y Familia.”

A juicio del Panel existe un espacio de mejora en términos de la coordinación con otros Ministerios e entidades públicas y privadas que permitirían una optimización e inclusión ampliación de las intervenciones a realizar, formalizando equipos de salud y educación en mesas de trabajo con instancias que permitan desarrollar una planificación anual así como seguimiento trimestral.

### **Gestión y coordinación con programas relacionados**

Como se ha indicado, el Programa no está inserto en una red de protección social y de salud para los niños, niñas y adolescentes. Al revisar y analizar la oferta pública de prestaciones y servicios de salud habilitantes para problemas de salud que repercuten en el desarrollo escolar y en la trayectoria educativa se encuentran las siguientes iniciativas:

## Chile Crece Contigo<sup>90</sup>

Ofrece un sistema integrado de intervenciones sociales, como programas, prestaciones y servicios coordinadas por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia adecuadas a las necesidades de cada niño, niña, familia y comunidad. La oferta relacionada es:

### 1) Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)

El programa tiene por objeto brindar diagnóstico y tratamiento a familias cuyos niños y niñas de 3 a 9 años presentan trastornos en salud mental como conducta hiperquinética, trastornos de atención y de actividad, entre otros. Para acceder, los niños y niñas deben estar inscritos en el centro de salud y deben pertenecer a las comunas seleccionadas por el programa<sup>91</sup>.

Se puede acceder a través de las acciones de detección y derivación que se realizan en escuelas mediante estos programas:

- Programa Habilidades para la vida (HPV) – Programa de Juaneb.
- Programa Control de salud Infantil en Establecimiento Educacional.- programa del Ministerio de salud.

### 2. Ante la sospecha de problemas o trastornos de salud mental de parte de:

- Profesionales de la red de salud pública.
- Establecimientos educacionales sin tamizaje de HPV o Salud escolar (la derivación se realizará a través de la familia)
- Familia del niño o niña: En este caso la familia debe acercarse a su centro de salud y solicitar un control de salud para que le deriven a PASMI.

### 2) Control de Salud de Niño y Niña Sano en Establecimientos Educativos<sup>92</sup>

Programa del Ministerio de Salud de la Subsecretaría de Redes Asistenciales<sup>93</sup>. Tienen acceso a este programa los niños(as) de 5 a 9 años, que cursan entre kinder y cuarto básico en escuelas municipales y subvencionadas seleccionadas por la comuna para el desarrollo del programa. Atiende a los niños de 5 años que no han sido controlados a los 4 años en los establecimientos de salud donde están inscritos y a partir de primero básico, atiende a todos los niños(as) sin distinción de su sistema previsional.

Las principales actividades a realizar en el control son la evaluación del desarrollo integral y crecimiento del niño o la niña, junto con orientar y resolver las dudas que las madres, padres y/o cuidadores tengan al respecto. Esta atención considera las siguientes prestaciones: revisión de antecedentes generales y de riesgo biopsicosocial, **examen físico cefalocaudal**, revisión dental, evaluación pondoestatural, control de presión arterial, **screening visual, auditivo** y respiratorio, y revisión de plan de vacunación. Junto con realizar el control de salud de niño y niña sano(a), **este programa realiza las derivaciones** al centro de salud según el problema pesquisado. Adicionalmente, se trabaja con los profesores y se les capacita en riesgos de salud.

### 3) Programa Nacional de Salud Integral de la Infancia<sup>94</sup>

El Programa Nacional de Salud Integral de la Infancia pretende contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños menores de 10 años (9 años, 11 meses y 29 días) mediante actividades de fomento, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, para favorecer la máxima expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida.

<sup>90</sup> <https://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/programas/>

<sup>91</sup> Es un programa disponible en algunas comunas del país. Información disponible en: ¿En qué comunas está disponible el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)? | Chile Crece Contigo

<sup>92</sup> <https://www.crececontigo.gob.cl/beneficios/control-de-salud-de-nino-y-nina-sano-en-establecimientos-educacionales/>

<sup>93</sup> <http://bibliotecadigital.dipres.gob.cl/bitstream/handle/11626/20750/Control%20de%20Salud%20de%20Niño%20y%20Niña%20Sano%20en%20Establecimientos%20Educativos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>94</sup> <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/informacion-a-la-comunidad-programa-salud-de-la-infancia/>

Este se desarrolla en todo el país, en las SEREMIS y en los tres niveles de atención del sistema público de salud, y constituye un programa de referencia para la atención de esta población en el sistema privado de salud. Las personas pertenecientes al seguro de salud FONASA, podrá solicitar los controles de salud infantil correspondientes a la edad, y acceso a las actividades promocionales y preventivas, en el CESFAM o consultorio que esté inscrito según su lugar de residencia. Para las personas afiliadas a ISAPRE, estas prestaciones se realizarán según corresponda en la institución privada que defina su seguro de salud.

La Norma Técnica para la Supervisión de la Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 Años en la Atención Primaria de Salud - Actualización 2021, **establece directrices para el diagnóstico en áreas como audición, oftalmología, antropometría y ortopedia.**

#### **4) Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes<sup>95</sup>**

El programa tiene como propósito promover un crecimiento y desarrollo saludable, mejorando y ampliando la oferta y el acceso a servicios de salud integrales y prestaciones que respondan a las necesidades específicas de la población. Esto se realiza bajo un enfoque de derechos, género y pertinencia cultural, fomentando además la participación activa de adolescentes y jóvenes, con especial atención en los grupos más vulnerables, sus familias y comunidades.

Dentro de sus acciones principales, se incluye el "Control Joven Sano", un control de salud integral dirigido a adolescentes entre 10 y 19 años, que sirve como puerta de entrada de esta población al sistema de salud. Este control permite evaluar su estado de salud, así como su crecimiento y desarrollo, promoviendo factores y conductas protectoras mientras se detectan de manera temprana factores y conductas de riesgo.

#### **5) Ayudas Técnicas Chile Crece Contigo**

El programa busca garantizar que los niños y niñas de 0 a 9 años con discapacidad, pertenecientes al 60% de la población más vulnerable, reciban la asistencia necesaria para superar las dificultades de comunicación y movilidad. Esta estrategia es parte de la política pública del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, que se enfoca en la inclusión social y el bienestar de la primera infancia.

La información del programa<sup>96</sup> indica que se proporcionan ayudas técnicas (elementos y/o implementos) requeridos por una persona con discapacidad para prevenir la progresión de la misma, mejorar o recuperar su funcionalidad, a fin de mejorar su autonomía personal y desarrollar una vida independiente.

Pueden acceder a estas:

- El niño o niña debe estar en tratamiento en hospital de base (hospitales regionales), Teletón, INRPAC (Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, en Santiago). Es el equipo médico de rehabilitación de las instituciones mencionadas, los que definen la entrega de la ayuda técnica.
- Si el niño o la niña no se encuentra en ninguna de las instituciones mencionadas, deberá acercarse a la atención primaria (CESFAM, CESCOF, posta rural u otro) para ser derivado, posterior a esto los equipos de rehabilitación podrán evaluar al niño o la niña y realizar la prescripción de la ayuda técnica.
- Si el niño o niña pertenece al SubSistema Seguridades y Oportunidades, tiene más de 10 años y pertenece a los hogares del 70% de menos recursos de acuerdo con el Registro Social de Hogares, podrá solicitar su ayuda técnica a través de la ventana de postulación de SENADIS.

#### **6) Programa de Ayudas Técnicas- SENADIS<sup>97</sup>**

SENADIS, pone a disposición de las personas con discapacidad y sus organizaciones un concurso en donde se postula a un Listado de Ayudas Técnicas. Este listado se especifica en la convocatoria de cada año. Las ayudas técnicas que

<sup>95</sup> <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-salud-integral-adolescentes-y-jovenes/>

<sup>97</sup> [https://www.senadis.gob.cl/pag/741/1152/programa\\_de\\_ayudas\\_tecnicas](https://www.senadis.gob.cl/pag/741/1152/programa_de_ayudas_tecnicas)

están disponibles para la Convocatoria 2024 están disponibles en el Anexo 1 del concurso del año 2024. Además, a partir de ese año el Programa Regular de Ayudas Técnicas es parte del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, Chile Cuida. El programa está enfocado a mayores de 10 años y dentro del listado de dispositivos existe un conjunto de equipos para resolver problemas de audición, comunicación y audición.

### 7) Ley Ricarte Soto (Ley N°20.860)

La Ley Ricarte Soto, ejecutada por el Ministerio de Salud, cubre **el implante coclear** para personas con problemas auditivos severos. Esta ley también cubre el procesador y los accesorios necesarios para el funcionamiento del implante. Para acceder al implante coclear se debe:

1. Que el médico tratante postule al paciente en el Sistema informático de la ley Ricarte Soto
2. Que el médico tratante complete el “formulario de sospecha fundada” o el “formulario de solicitud de tratamiento”
3. Que el centro confirmador o el comité de expertos clínicos confirme o descarte la solicitud
4. Que el médico tratante le entregue las indicaciones para iniciar el tratamiento.

La Ley Ricarte Soto no cubre: la intervención quirúrgica, Honorarios médicos, Pabellón, Estadía, Rehabilitaciones, Calibraciones.

### 8) Garantías Explícitas de Salud (GES)<sup>98</sup>

Considera el tratamiento de **hipoacusia moderada** en menores de 4 años (Patología N°77), con garantías de acceso, oportunidad y protección financiera. Por medio de este sistema pueden acceder según su problema a **audífonos, implante coclear y procesador en implante coclear**.

Cabe indicar que GES no garantiza la continuidad del tratamiento una vez cumplido los 4 años de edad, quedando el tratamiento sujeto a la disponibilidad de pago de la familia.

Una de las principales diferencias que se observan entre el programa de Junaeb y las iniciativas del Ministerio de Salud radica en el enfoque integral del primero. El programa cubre todo el proceso de atención, desde la pesquisa hasta el tratamiento, con el objetivo de resolver los problemas detectados. Por su parte, las iniciativas del Ministerio de Salud se concentran mayoritariamente en el diagnóstico, dejando a las familias la responsabilidad de buscar soluciones específicas o, en casos graves, postular a programas como Ayudas Técnicas o la Ley Ricarte Soto, por ejemplo, para implantes cocleares.

Las entrevistas realizadas también confirman que el Minsal no tiene, en el corto plazo, el espacio ni las capacidades para llevar a cabo acciones de salud como las abordadas por el programa. Esto se debe a que niños, niñas y adolescentes no son un grupo priorizado dentro de las intervenciones, ya que el enfoque está mayormente dirigido a los adultos mayores.

Además, el sistema de salud en su conjunto se encuentra sobrepasado, con extensas listas de espera, problemas crónicos en la atención y desafíos en materia de gobernanza. Estas dificultades se evidencian en el constante trabajo legislativo orientado a reformar y mejorar el sector, lo que limita aún más la posibilidad de incluir nuevas acciones específicas para la infancia y adolescencia en la agenda sanitaria.

En síntesis, no existe actualmente una oferta que replique o se asemeje a la acción que desarrolla Junaeb. A juicio del Panel, es necesario fortalecer las coordinaciones para contar con una oferta programática clara, articulada y conocida por todos los actores, de modo que sea posible identificar vacíos, mejorar las conexiones y construir sobre lo existente. Asimismo, se requiere avanzar en mecanismos que aseguren la continuidad del tratamiento una vez que los estudiantes egresan de la enseñanza media.

<sup>98</sup> <https://www.superdesalud.gob.cl/orientacion-en-salud/hipoacusia-moderada-severa-y-profunda-en-personas-menores-de-4-anos/>

### C. Criterios de asignación de recursos, mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago

Los recursos del programa responden a los marcos presupuestarios definidos para el Ministerio de Educación y sus entidades dependientes, como es el caso de Junaeb. El Programa servicios médicos es parte del conjunto de programas de Salud gestionados y ejecutados por la institución. Sus recursos son asignados en la ley de presupuestos del sector público de cada año en la Partida 09 Capítulo 09 Programa 02 Asignación 168 “Asistencia médica parvularia, básica y media” que permite una trazabilidad desde el nivel central exclusiva para el programa.

El aporte de terceros es esencial para la ejecución del programa. Sin embargo, no se dispone de una valorización precisa de su contribución. Esta evaluación presenta una primera aproximación, para dar cuenta del mismo y permitir tener ordenes de magnitud, basada en la metodología propuesta por Junaeb y ajustada por el Panel para el desarrollo de esta evaluación.

#### **Recursos desde los Territorios**

El objetivo de esta estimación es cuantificar el valor del aporte que realizan las comunidades, específicamente en términos del personal que coordina el programa a nivel municipal y de los responsables de su gestión en cada establecimiento educativo. Esta evaluación permite aproximar el valor del recurso humano involucrado en la implementación del programa. Quedando pendiente y también indicado en recomendaciones de esta evaluación la necesidad de efectuar un levantamiento de información, método de cálculo acorde con las funciones realizadas y su valorización monetaria.

Detalle de la aproximación y fórmula de cálculo:

- ✓ En 2024 existen 316 comunas del país con coordinadores comunales. Se estima que utilizan 13 horas mensuales para sus labores asociados al programa.<sup>99</sup>
- ✓ El valor hora se asimila al promedio de las remuneraciones brutas según escala de remuneraciones del sector municipal, considerando Estamento Administrativo.<sup>100</sup>
- ✓ Así, el aporte derivado de los coordinadores municipales es la multiplicación entre las horas- mes, por 12 meses y el valor hora administrativo.
- ✓ Para los profesionales encargados en los establecimientos educacionales, que en 2024 ascienden a 7.283, se señala utilizan 2 horas mensuales al programa.<sup>101</sup>
- ✓ El valor hora se asimila al promedio de las remuneraciones brutas según escala de remuneraciones del sector municipal, considerando Estamento Profesional.<sup>102</sup>
- ✓ Así, el aporte derivado de los profesores en los establecimientos educaciones es la multiplicación entre las horas- mes, por 12 meses y el valor hora profesional.
- ✓ Para el resto de los años en evaluación se considera que el aporte fuera del gobierno central mantiene la proporcional de 59,2% del total de los recursos del programa

#### **Asignación Presupuestaria en un Marco Global**

---

<sup>99</sup> Estimación del programa para fines de la evaluación.

<sup>100</sup> Estimación realizada por el Panel.

<sup>101</sup> Estimación del programa para fines de la evaluación.

<sup>102</sup> Estimación realizada por el Panel.

La asignación de recursos al Programa responde a un equilibrio entre lo solicitado por Junaeb, el equilibrio de la cartera del Ministerio de Educación y las instrucciones de la Dirección de Presupuestos.

Las solicitudes, de acuerdo con la información proporcionada por el servicio para los presupuestos del año 2021, 2022 y 2023, se detallan área de salud y actividad, y no por componente del programa, pero es claro en los contenidos y acciones que son parte de los componentes. En cada uno de ellos es clara la estimación del número de atención y servicios, lo que es continuidad y expansión para cada año que respecto a continuidad de las iniciativas y las expansiones.<sup>103</sup>

---

<sup>103</sup> Información proporcionada al Panel el 16 de enero de 2025.

**Cuadro 5: Estructura de estimación y solicitud de Presupuesto por parte de Junaeb**

Área	Actividad	Área	Actividad
Oftalmología	Atención Médica	Traumatología	Atención Médica
	Tamizaje		Tamizaje
	Lentes Ópticos		Corsé
	Lentes de Contacto		Plan de Apoyo Corsé
	Reposición y Reparación		Realce
	Baja Visión		Rx
Otorrino	Atención Médica	Componente de Participación y Educación	Kinesiología (Kine)
	Tamizaje		Atención de Expertos en Columna
	Audífonos	Componente de Participación y Educación	Acciones Educativas
	PAA		
	Reposición y Mantenimiento		
	Audiometría		
	Impedanciometría		
	Rx		
	BERA		
	Medicamentos		
	Cirugías		
Implantes Auditivos			

Fuente: elaboración propia en base información de Junaeb.

El equipo responsable del programa señala que la formulación del presupuesto se basa en las necesidades y estimaciones de cobertura de los servicios regionales, así como en la atención pendiente de años anteriores, especialmente de 2022 y 2023. El objetivo es cerrar brechas en la atención de población no cubierta en periodos previos. Debido a la reducción presupuestaria, se ha adoptado una lógica de cupos, lo que ha generado como consecuencia que, a pesar de existir demanda y necesidad de atención, no toda la población pueda acceder a los servicios requeridos, generando población rezagada.

“Para la elaboración del presupuesto 2024, a partir de las demandas regionales se propuso un plan para cubrir el rezago a dos años, estimado en un total de 179.079 prestaciones para los dos años, asociadas a 59.982 estudiantes con tamizajes y 56.816 estudiantes con atenciones médicas, a partir de las cuales se generan las demás prestaciones de servicios de apoyo y tratamientos.” (Junaeb, 16 de enero de 2024)

La asignación por componente se funda en la estimación de necesidades y coberturas que serán detalladas en **Estimación de Necesidades y Cobertura**. Manteniendo al menos las coberturas anteriores, permitiendo la continuidad de atención y tratamiento, y solicitando la expansión de recursos principalmente por cobertura y no por ajuste de precios. La asignación al interior cada componente, y los énfasis son dados por las Direcciones Regionales.

De forma complementaria el sector presupuestario de la Dipres, encargado de la cartera de educación, señala<sup>104</sup> que la base de la formulación se sustenta en la solicitud del servicio y que las variaciones a ello, que serían las

<sup>104</sup> Respuestas a preguntas elaboradas por el Panel el 17 de enero de 2025.

razones para no acoger o acoger parcialmente se explican por: baja capacidad para ejecución, no se acogen incrementos de precios y/o cobertura dada la situación fiscal de los últimos años, y por otros lineamientos definidos por la autoridad del Ministerio de Hacienda.

Así, según lo señalado por Junaeb cuando se aplican rebajas, la cobertura se ve reducida, ya que los precios no dependen directamente de su gestión, sino que son resultado de las licitaciones y de las fluctuaciones del mercado. Este último factor, además, tiende a provocar aumentos en los precios debido, al menos, a la variación del IPC. A esto se suma que el mercado de elementos y dispositivos carece de regulaciones más estrictas, limitándose a las disposiciones de las normas ISO de calidad. Esta situación obedece a que el Instituto de Salud Pública no ha avanzado recientemente en la regulación de la calidad de estos elementos, a pesar de su uso en fines de salud pública.

### **Estimación de Necesidades y Cobertura**

Para la estimación, proyección y programación de las coberturas nacionales, asociadas a territorios (por región), Junaeb indica que considera:

1. Matriculas de establecimientos educacionales reportadas por curso en Informe de Necesidad de Atención (INA), extraído del sistema informático.
2. Comportamiento Histórico de resultados en pesquisa, tamizajes y atenciones médicas por área de especialidad médica, base de datos extraída de plataformas informática del Programa, (últimos 3 años), distribuidos por región.
3. Archivo histórico con los valores por tipo prestación (últimos 3 años), distribuidos por región.

A continuación, se presenta la estimación por tipo de actividad, la que refleja principalmente una estimación basada en demanda y uso efectivo en años previos, sin ajustes que permitan considerar la demanda potencial o la inclusión de nuevos establecimientos en el año en curso. De esta forma el programa y su estimación de alcance está restringido a lo que ha podido ejecutar en años previos, mantener la continuidad de tratamiento según corresponda a los niños y niñas y adolescentes beneficiarios del programa, y no contempla variables que permitan generar un análisis prospectivo como por ejemplo prevalencia e incidencia de los problemas de salud en el territorio, ajuste de precios por inflación o tipo de cambio, entre otros que afectan la evaluación hacia futuro del alcance del programa. Detalle de la metodología de cálculo en Recuadro 1.

### Recuadro 1: Método de Proyección de Cobertura

1. **Tamizajes:** Se proyecta la cantidad de tamizajes por especialidad (oftalmología, otorrino y columna), según el levantamiento que realiza el profesor en los cursos focalizados teniendo como referencia datos históricos de pesquisa. Con estos antecedentes se estima cobertura por región

2. **Atenciones Médicas:**

**Ingreso:** Se considera como referencia la prevalencia de daño por especialidad en base a la matrícula focalizada en los cursos que cada una de las especialidades médicas tiene definido. Adicionalmente se estima la cantidad de estudiantes que provienen de tamizajes, en base a comportamiento histórico de los ingresos. Con ambos antecedentes se estima cobertura por región

**Control:** Se elaboran a partir de la base de datos que el programa posee, trabajando con 2 cohortes:

1) **Cohorte de Estudiantes en Control:** del total de estudiantes contenidos en listado de controles del programa, a dicha base de datos se emigran y eliminan todos aquellos estudiantes que egresan por finalización de trayectoria escolar, egreso de educación media, y aquellos estudiantes cuyo diagnóstico señala “sanos /alta”. Identificando todos aquellos estudiantes que tienen indicación de control anual, o bianual solo en el caso de oftalmología.

2) **Cohorte de Estudiantes con Ingreso año t-1:** del total de estudiantes que ingresaron al programa el año anterior, se consideran para control aquellos estudiantes con diagnóstico y necesidad de vigilancia y cuentan con indicación de control anual, se eliminan de la base el total de estudiantes sanos o dados de alta del programa.

Con ambas bases de datos se consolida una sola fuente anual de controles del programa, distribuidos por región. Se considera el promedio de asistencia observado por región y atendiendo dicho comportamiento se asignan las coberturas regionales programadas para el año.

3. **Indicación de Tratamientos:**

**Tratamientos:** al igual que los ejercicios anteriores, se calculan en base al porcentaje de indicación histórica que el programa ha ejecutado por cada uno de los tratamientos otorgados sobre el total de las atenciones médicas realizadas por cada área distribuidos por región : lentes ópticos, lentes de contacto, ayudas técnicas en baja visión, ayudas técnicas auditivas, corsé, realces, plan de adaptación de audífonos, ejercicios kinésicos, mantenciones y reparaciones para audífonos y lentes, resultados agrupables por región.

**Servicios de Apoyo Exámenes:** Se calculan en base al porcentaje de indicación histórico asociados exámenes radiológicos, audiometrías, Impedanciometría y bera, sobre las atenciones médicas realizadas a nivel de cada área distribuidos por región.

Fuente: Junaeb, 16 de enero de 2025

### Asignación Territorial

Una vez, aprobada la Ley de Presupuesto del año t, se elabora una distribución preliminar de coberturas y presupuesto a nivel regional, la cual se oficializa a través de la Circular de distribución institucional. Posteriormente, las Direcciones Regionales y en base a ese marco presupuestario, ajustan y proponen la programación anual que es validada y sancionada por la Sección de Servicios Médicos de la Dirección Nacional. Esta última versión se aloja en la plataforma informática de Monitoreo de Coberturas y Presupuesto (MCP) y se oficializa en la modificación de la Circular de distribución presupuestaria institucional.<sup>105</sup>

<sup>105</sup> Ficha de Antecedentes del Programa. Junaeb.

Corresponde la asignación territorial ya que la ejecución es principalmente generada a través de las Direcciones Regionales, con personal en funciones para los programas de salud (destinando parte de su jornada a la administración y ejecución del Programa Servicios Médicos) y las compras de horas médicas o de profesionales de salud así como los elementos y dispositivos son tanto compradas a nivel de las Direcciones Regionales como a nivel Central, por lo que en SIGFE las Direcciones presentan abierta sus cuentas permitiendo así una asignación y control de los recursos a nivel de los territorios.

En síntesis, la asignación de recursos a nivel de los componentes del programa y a nivel del territorio es un resultado al presupuesto definido a nivel central y a la cobertura definida en base a la detección de las necesidades. No existen criterios que indiquen que un componente y actividad sean más o menos relevantes, y por tanto en la medida que no existan ajustes del presupuesto asignado a lo largo del año la ejecución responde a lo programado.

### **Mecanismos de Transferencia**

Los mecanismos de transferencia de los recursos responden a las normas de imputación presupuestaria, normas contables del sector público y así como normas de programación de la caja, todas ellas instrucciones de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

De acuerdo con lo indicado por el Servicio las asignaciones en cada componente se fundan y explican de la siguiente manera (Juaneb, 16 de enero de 2025):

1. **Componente de Participación y Educación:** Cada Dirección Regional define el o los territorios, además, de los respectivos establecimientos educacionales en los que se implementará este componente. Lo anterior, en función de fortalecer la gestión del Programa y sus resultados en dichos territorios Para esto, la Sección de Servicios de Médicos de la Dirección Nacional en virtud de la disponibilidad presupuestaria informa a las Direcciones Regionales una cantidad determina de territorios a intervenir y presupuesto asociado para que puedan generar el proceso de licitación pública.
2. **Componente Prevención (Screening):** La distribución de recursos del Programa respecto al componente de prevención, se realiza a partir de la demanda de estudiantes con sospecha de daño o pesquisa levantada por el profesor en los cursos focalizados por el Programa anualmente y dependiendo de la disponibilidad presupuestaria del año t.
3. **Componente atención médica especializada:** La distribución de recursos de este componente responde a dos dimensiones:
  1. Atención de Ingresos o casos por primera vez, que corresponde a los estudiantes derivados con tamizaje positivo.
  2. Atención de controles, corresponde a la población de estudiantes que el Programa mantiene en vigilancia durante su trayectoria educativa en las diferentes patologías.

Por lo tanto, ambas dimensiones deben ser consideradas para la asignación de recursos, para dar respuesta al objetivo del Programa.

4. **Entrega de tratamientos:** Para la asignación y distribución de recursos asociados a este componente se considera el porcentaje de indicación histórico en cada área de intervención del Programa, vale decir, la Sección de Servicios Médicos de la Dirección Nacional, calcula sobre la totalidad de ingresos y controles de atención médica especializada del año t-1 la indicación de tratamiento en cada una de las especialidades, con este valor porcentual, se proyecta la cantidad de tratamientos y los recursos asociados a esta necesidad a nivel regional. Con esto, cada Dirección Regional inicia su proceso de licitación pública.

La asignación en subtítulo 24 ha permitido una trazabilidad, desde la ley de presupuestos, al programa ya que cuenta con una asignación específica. Ahora bien, al consultar tanto a Juneab como a Dipres la naturaleza de la transferencia que efectuar el programa y la justificación de imputarla en subtítulo 24 ambos responden que se debe a la historia e instrucciones de las autoridades.

Cabe señalar que el Subtítulo 24 de acuerdo con el clasificador presupuestario “comprende los gastos correspondientes a donaciones u otras transferencias corrientes que no representan la contraprestación de bienes o servicios. Incluye aportes de carácter institucional y otros para financiar gastos corrientes de instituciones públicas y del sector externo” <sup>106</sup>

Considerando esta definición, en la medida que la transferencia de recursos, en este caso atenciones médicas y elementos o dispositivos, se consideren una dotación a la persona puede corresponder imputarlo en subtítulo 24, ya que da el espacio para considerar que puedan ser imputados en subtítulo 22 corresponden a la compra de bienes y servicios de consumo. Pero hasta el año 2023 se imputa en sub.24 03 “Otras entidades públicas”, lo cual es un error de concepto, ya que deberían haber sido asignados al ítem 01 al “sector privado”, tal como se realizó en 2024.

Para 2025 la materia de imputación es aclarada y corregida, ya que el nuevo clasificador presupuestario crea el ítem 09 “UNIDADES O PROGRAMAS DEL SERVICIO” que: son los gastos por concepto de transferencias consistentes en asignaciones globales a unidades del propio Servicio, o a **programas ejecutados total o parcialmente por éste**. Deben ser desglosadas en los distintos conceptos de gasto, en forma previa a su ejecución presupuestaria, de acuerdo con lo que disponga anualmente la ley de presupuestos del Sector Público.<sup>107</sup>

### Modalidad de pago

El programa se basa en la compra de servicios de salud y elementos para lo cual genera licitaciones y en consecuencia contratos con privados. En este caso el responsable de la ejecución final de la actividad es el tercero contratado, personas naturales y jurídicas, pero el responsable del cumplimiento del programa es la Dirección de Juneab que haya realizado la contratación.

Se tuvo acceso a las bases de licitación de los 2020 a 2023, a continuación que contienen aspectos administrativos y técnicos, los que han ido avanzando y especificándose de forma progresiva en el tiempo. El nuevo conjunto de licitaciones amplía el alcance a servicios más técnicos y específicos, añade elementos como protocolos específicos y retroalimentación y permiten una vigencia de tiempo mayor a 1 año.

La estructura de las licitaciones es la que se describe en Cuadro 6. Es importante destacar que se incluye anexos de evaluación de desempeño de resultado, que permiten el control de gestión de las actividades y servicios entregados.

---

<sup>106</sup> Dirección de Presupuestos (DIPRES) (2024.). Instrucciones para la ejecución de la Ley de Presupuestos para el Sector Público 2024. Recuperado de [https://www.dipres.gob.cl/597/articles-333100\\_doc\\_pdf.pdf](https://www.dipres.gob.cl/597/articles-333100_doc_pdf.pdf)

<sup>107</sup> <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1207634&idParte=10520763>

**Cuadro 6: Contenido Común de las Bases de Licitación**

<b>Aspecto</b>	<b>Contenido</b>
Razón Social	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas
RUT	60.908.000-0
Domicilio	XXX
Tipo de Contratación	Licitación Pública
Presupuesto Disponible	\$XXX (Impuestos incluidos)
Vigencia del Contrato	Hasta XXX
Líneas de Servicio	Servicio de atención médica XXXX
Normativa Aplicable	Ley N° 19.886 y D.S. N° 250 de 2004
Garantía de Seriedad	Requerida
Garantía de Cumplimiento	Requerida
Criterios de Evaluación	Evaluación técnica y económica
Obligaciones del Prestador	Cumplimiento de requisitos técnicos, operativos y legales
Participantes Admitidos	Personas naturales o jurídicas, chilenas o extranjeras
Evaluación de Desempeño	Supervisión en terreno, informes técnicos y encuestas
Instrumentos de Control	Matrices, informes mensuales y supervisión en terreno
Calidad	Cumplimiento de normas ISO y certificaciones específicas

Fuente: elaboración propia en base a licitaciones proporcionada por Junaeb.

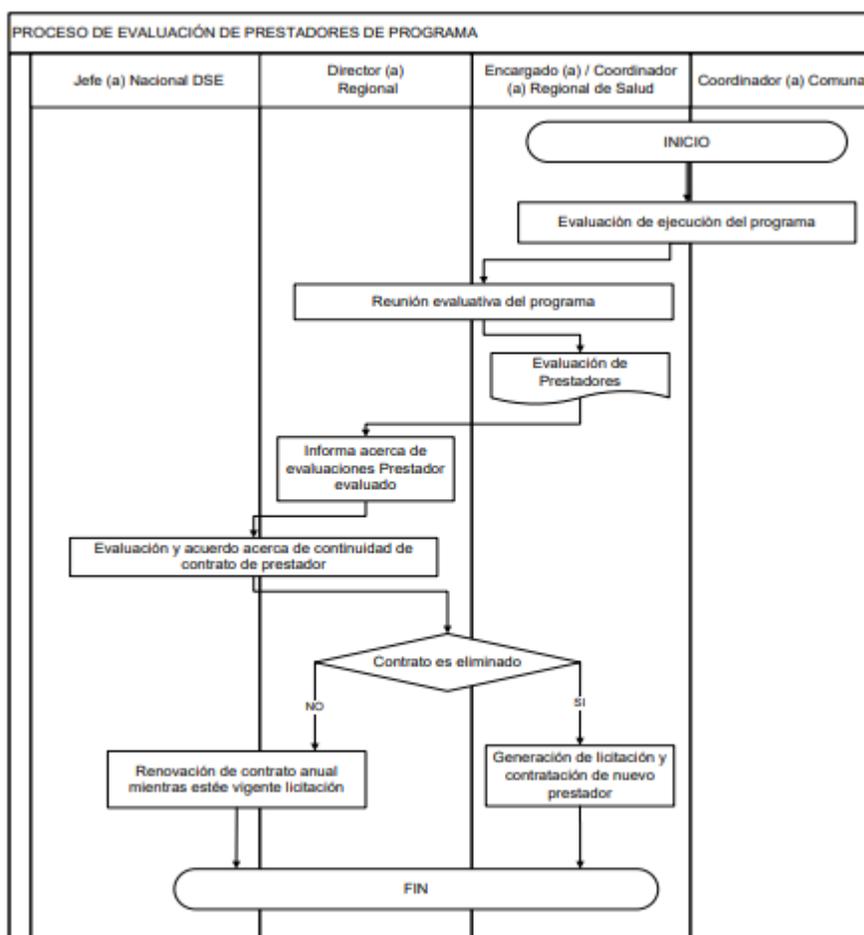
De esta forma los contratos incluyen múltiples medidas para monitorear el desempeño y cumplimiento de las actividades, por lo que en teoría existe la información para efectuar la rendición de cuentas al detalle y para vincular la adjudicación con desempeño previo de los proveedores. En la práctica, desde 2021 no se han realizado auditorías, a pesar de que son fundamentales para alinear a los proveedores y garantizar la calidad del programa, según lo señalado por al menos cuatro entrevistados.

Las entrevistas indican que esto se debe a la falta de recursos destinados a esta actividad, ya que las auditorías deben financiarse a través del subtítulo 22, el cual ha estado sujeto a instrucciones de reducción del gasto por parte del Ministerio de Hacienda. Además, esta actividad no ha sido priorizada por la institución, y cuando se han asignado recursos para auditorías, estos han sido destinados a programas de mayor envergadura.

Se dispone en 2021 de “Informe Evaluación Desempeño de la Red Programas de Salud Escolar” elaborado por Junaeb que explica el proceso y método de evaluación anual de desempeño, que se realiza en terreno a través de visitas a los prestadores y encuestas a los usuarios, según las orientaciones técnicas del programa. En base a al flujo de proceso (Figura 6) un mal desempeño implicar el termino de contrato y sin posibilidad de renovación.

Este instrumento y sus resultados presentados en 2021 responden a la evaluación del año 2019, y señala que de las 316 evaluaciones realizadas 91% se ubica evaluado en excelente y buen desempeño, y solo 0,6% resulta con mal desempeño.

**Figura 6: Proceso de Evaluación de Prestadores del Programa Servicios Médicos**



Fuente: Junaeb 2021, “Informe Evaluación Desempeño de la Red Programas de Salud Escolar”, pág.18

Con base en la información disponible, se infiere que Junaeb cuenta con procesos e instrumentos para evaluar e incluir el desempeño de los prestadores en las contrataciones. Sin embargo, es importante considerar que los resultados disponibles, al menos los correspondientes a 2021, reflejan el rendimiento de 2019. Esto sugiere que las evaluaciones podrían estar ocurriendo con un desfase significativo, lo que dificulta realizar las correcciones necesarias de un año a otro. Además, no se dispone de información que confirme si esta evaluación se realiza de manera sistemática cada año. De ser así, lo cual sería deseable, se generaría una carga administrativa, de gestión y análisis considerable, que debería ser abordada mediante el fortalecimiento de los equipos de soporte del programa o, eventualmente, mediante su externalización.

Las bases de licitación otorgan mayor ponderación a los aspectos técnicos que al precio de la oferta, lo cual resulta adecuado considerando la especificidad de las intervenciones y servicios que se desean realizar. Según lo señalado por JUNAEB y otros actores entrevistados, existe una visión favorable hacia una mayor descentralización en el proceso de compra, considerándola más eficiente y efectiva. El Panel evidencia ello con información de compras facilitado por la institución.

En este caso específico, dadas las características de las compras, podría ser cierto que la descentralización sea beneficiosa. Esto se debe a que los servicios médicos y profesionales presentan limitaciones en cuanto a disponibilidad de horas y logística territorial. Por otro lado, en elementos como lentes y otros dispositivos, donde existe una mayor cantidad de proveedores, la descentralización puede facilitar la cobertura del territorio y evitar la creación de

monopolios artificiales. Además, esta estrategia incentiva el desarrollo de proveedores en regiones fuera del área metropolitana, generando beneficios o externalidades positivas para la comunidad en su conjunto.

Se realizó un análisis de los procesos de licitación, lo que permitió verificar los días de tramitación. Sin embargo, para evaluar en detalle las compras y su impacto en los costos, sería necesario un análisis específico por conjunto de licitaciones, considerando además que la información disponible no incluía los montos finalmente adjudicados. Un estudio más detallado sobre el tipo de compra, así como un análisis por servicio o insumo médico, requeriría una auditoría de compras, lo que va más allá del alcance de la evaluación del programa.

Los pagos a proveedores siguen el ciclo tradicional de adquisición en el sector público, que consiste en realizar el pago una vez cumplida la recepción conforme, generalmente dentro de un plazo de 30 a 60 días, según la programación financiera. Para garantizar el cumplimiento oportuno de estos pagos, es fundamental una adecuada coordinación presupuestaria y la disponibilidad de recursos en el servicio de caja de las direcciones regionales y nacional.

La figura 7 muestra la tendencia mensual del gasto nominal ejecutado por año y mes, desde 2020 hasta 2024. Existe un patrón estacional recurrente, con picos significativos de gasto en ciertos meses, particularmente hacia el final de cada año (octubre, noviembre y diciembre), lo que se condiciona por el propio ciclo de intervención del programa y compras, donde el mayor desembolso corresponde a elementos médicos que corresponde al tratamiento.

**Figura 7: Ejecución Mensual del Programa Servicios Médicos 2020-2024 (\$ de cada año)**



Fuente: Dipres 17 de enero 2025.

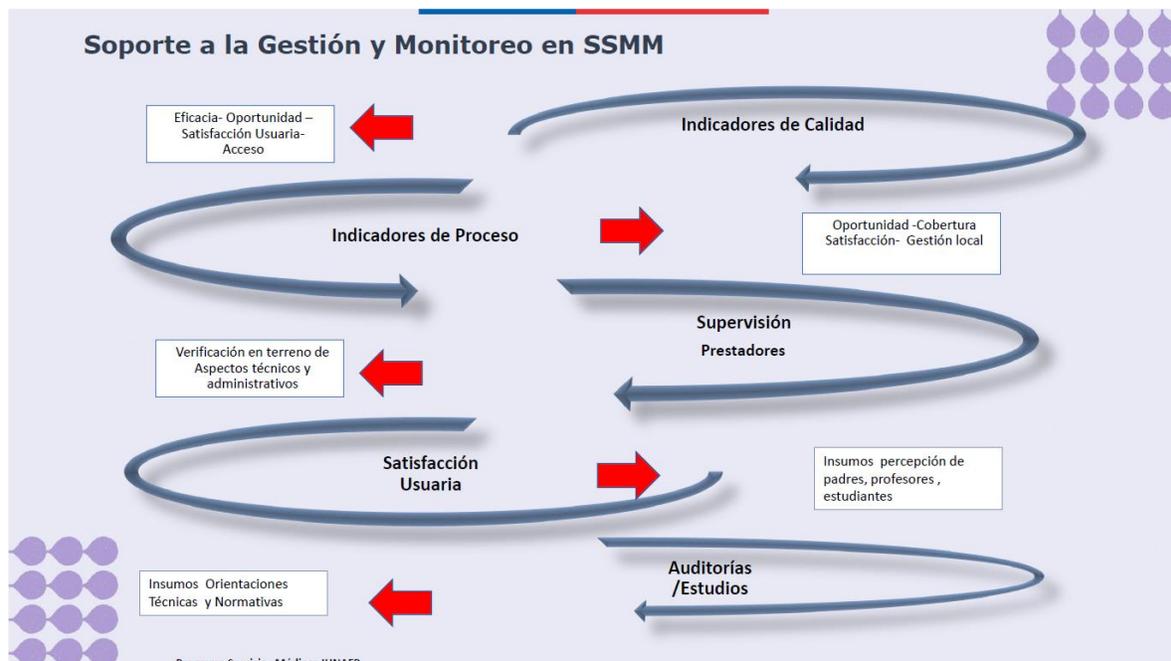
Si bien los procesos presupuestarios y la proyección de caja son actividades habituales que suelen gestionarse sin inconvenientes, no se prevé que surjan problemas específicos en la ejecución de este programa. Sin embargo, cabe destacar que no está exento de los desafíos fiscales generales que se han evidenciado en 2024, los cuales han afectado el pago oportuno en varios servicios públicos.

#### D. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable

El programa cuenta con varios elementos de control y monitoreo, los que incluyen indicadores de calidad, indicadores de proceso, supervisión de los prestadores y satisfacción usuaria.

El programa no cuenta con una línea de base (el origen del programa está en el año 1992). En el año 1998 se realizó un EPG, posterior a eso no se ha realizado ninguna otra evaluación.

**Figura 8: Modelo de Monitoreo**



Fuente: Junaeb

#### **Indicadores de Calidad**

A través de los Indicadores de Calidad de Salud, se obtienen los resultados finales de la gestión anual programática. Se cuenta con indicadores para cada área del programa (Oftalmología, Otorrino y Columna) en las dimensiones de acceso, oportunidad, eficacia y satisfacción usuaria. Estos indicadores se miden en base anual, reportándose en el mes de enero del año siguiente. Los indicadores son analizados por las Direcciones Regionales, Informados a la Dirección Nacional y difundidos a los coordinadores comunales. El resultado de estos indicadores se entrega en la sección 3.4 del presente informe.

**Cuadro 7: Indicadores Oftalmología**

<b>Indicador</b>	<b>Estándar</b>
<b>ACCESO A SERVICIOS</b>	
1. % niños de 1° básico pesquisados con sospecha de daño por el profesor en relación a matrícula con INA de 1° básico.	15-18 %
2. % de niños 1° básico pesquisados que fueron atendidos por tamizaje. Solo para pesquisado	80-100 %
3. Focalización en oftalmología a nivel de pesquisa	95-100 %
4. % de niños de 1° básico regional atendidos por tamizaje de barrido en relación a la matrícula INA regional 1° Básico ( busca saber cuanto se cubre con barrido en este nivel educativo)	20-50 %
5. Focalización a nivel de especialista	80-100 %
<b>OPORTUNIDAD</b>	
1. Latencia entre la indicación del lente óptico (orden de compra) y la entrega al estudiante. (se extrae de la plataforma de lentes )	<= 30 Días Hábiles
<b>EFICACIA</b>	
1. % de falsos positivos totales (a nivel de especialista).	<= 17 %
2. % de niños derivados por tamizaje de cursos focalizados y atendidos por médico.	80-100 %
3. % de falsos positivos del tamizaje (evalúa pesquisa del profesor).	<= 50 %
4. % de niños con vicio de refracción en 1° básico	07-10 %
5. % de niños atendidos en ingreso ( considerado en programación )	95-100 %
6. % de niños atendidos en controles	90-100 %
<b>SATISFACCION USUARIA</b>	
1. % satisfacción usuaria a atenciones médicas de oftalmología. Extraer de la Encuesta ABMODIFICADA. en la pregunta "e" las respuestas 1 ( muy bueno) y/o 2 ( bueno), relacionada con la totalidad de las encuestas aplicadas en las AM de la especialidad	>= 95 %

Fuente: Junaeb 2024

**Cuadro 8: Indicadores Otorrino**

<b>Indicador</b>	<b>Estándar</b>
<b>ACCESO A SERVICIOS</b>	
1. % niños de 1° básico pesquisados con sospecha de daño auditivo según Encuesta para Padres en relación a matrícula INA de 1° básico.	= 10 %
2. % de niños pesquisados de cursos focalizados que fueron atendidos por tamizaje. Solo para pesquisados	80-100 %
3. % de niños pesquisados de los cursos focalizados según orientación (pk-k-1)	95-100 %
4. Focalización en especialista	80-100 %
<b>OPORTUNIDAD</b>	
1. Tiempo de latencia entre la solicitud de los padres a Junaeb (orden de compra) del audifono con todos los papeles y la entrega efectiva al niño.	<= 40 Días Hábiles
<b>EFICACIA</b>	
1. % de falsos positivos totales (a nivel de especialista).	<= 30 %
2. % de niños de cursos focalizados derivados por tamizaje y atendidos por médico.	80-100 %
3. % de falsos positivos a nivel de tamizaje (que evalúa pesquisa de profesor).	<= 70 %
4. % de niños atendidos en ingreso ( considerado en programación )	95-100 %
5. % de niños atendidos en controles	90-100 %
6. % de niños con hipoacusia en cursos focalizados	0.6-1.5 %
<b>SATISFACCION USUARIA</b>	
1. % satisfacción usuaria a atenciones médicas de Otorrino. Extraer de la Encuesta ABMODIFICADA. en la pregunta "e" las respuestas 1 ( muy bueno) y/o 2 ( bueno), relacionada con la totalidad de las encuestas aplicadas en las AM de la especialidad	>= 95 %

Fuente: Junaeb 2024

**Cuadro 9: Indicadores columna**

	<b>Estándar</b>
<b>ACCESO A SERVICIOS</b>	
1. % niños de 7° básico pesquisados con sospecha de daño por el profesor en relación a matrícula con INA de 7° básico (pesquisa)	15-20 %
2. % de niños 7° básico pesquisados que fueron atendidos por Tamizaje. (pesquisa) Mide adhesión	85-100 %
3. % de niños pesquisados de 7° básico según orientación (focalización).	>= 95 %
4. % de niños de 7° básico que fueron atendidos por tamizaje de barrido en relación matrícula de 7° básico según INA	>= 30 %
5. % de niños focalizados a nivel de especialista	>= 85 %
<b>OPORTUNIDAD</b>	
1. Tiempo de latencia entre la indicación de corsé y la entrega efectiva al niño. (en regiones con entrega directa del prestador)	<= 30 Días Hábiles
2. Tiempo de latencia entre la indicación de corsé y la entrega efectiva al niño. (en regiones con entrega indirecta por parte del prestador)	<= 45 Días Hábiles
<b>EFICACIA</b>	
1. % de falsos positivos totales (a nivel de especialista).	<= 25 %
2. % de niños derivados por tamizaje de 7° básico y atendidos por médico.	80-100 %
3. % de niños 7° básico con escoliosis.	2.5-3.5 %
4. % de falsos positivos del tamizaje (evalúa pesquisa del profesor).	<= 80 %
5. % de niños atendidos en ingreso ( considerado en programacion )	95-100 %
6. % de niños atendidos en controles	80-100 %
<b>SATISFACCION USUARIA</b>	
1. % satisfacción usuaria a atenciones médicas de traumatología. Extraer de la Encuesta ABMODIFICADA. en la pregunta "e" las respuestas 1 ( muy bueno) y/o 2 ( bueno), relacionada con la totalidad de las encuestas aplicadas en las AM de la especialidad	>= 95 %

Fuente: Junaeb 2024

## Indicadores de proceso

El programa cuenta con un cuadro de indicadores de proceso que permite evaluar el programa en cuatro ámbitos:

- referentes a la gestión técnico-administrativa,
- gestión con la red,
- innovación y
- satisfacción usuaria

Para el año 2024 se han definido 24 de estos indicadores, los que se muestran en el siguiente cuadro.

### Cuadro 10: Indicadores de proceso

N°	Indicadores
1	<i>Jornadas de Programación y entrega de Orientaciones con asistencia de: Comunes – APS-Red intersectorial, Prestadores, Coordinadores PIE de nivel comunal, antes del 17 de Abril: META 100% Indicador: <b>Verificador:</b> Nómina de todos los actores señalados en la meta en carpeta compartida, debe llevar hora inicio y final por asistente, foto o imagen de la reunión, material de apoyo de la jornada en PDF.</i>
2	<i>Realización de 1era Reunión Específica con Prestadores para entrega de orientaciones y obligaciones contractuales, orientado a Prestadores de Atenciones tamizaje y atención médica, hasta el 28 de Abril META 100% <b>Verificador:</b> Nómina de todos los actores señalados en la meta, en carpeta compartida, debe llevar hora inicio y final por asistente, foto o imagen de la reunión, material de apoyo jornada en PDF</i>
3	<i>Contar con la Programación Regional Preliminar en plataforma MCP, remitida a Dirección Nacional al 29 de marzo para revisión META.100% <b>Verificador:</b> Correo enviado a Contraparte nacional con extracción de reporte de Plataforma MCP y consignando verificador en Teams 2024 carpeta Programaciones</i>
4	<i>Escuelas participantes de SSMM que realizan INA, atenciones de tamizaje o atenciones médicas en sistema informático <b>Verificador:</b> nómina de RBD que participan de SSMM en la región RM - VALPARAISO- BIOBIO: META 70% o más LOS LAGOS - ARAUCANIA - MAULE -LBO: META 75 % o más TARAPACA - ANTOFAGASTA- ATACAMA- COQUIMBO -AYSEN - MAGALLANES - LOS RIOS-ARICA- ÑUBLE: META 80% o más</i>
5	<i>Comunas con uso de sistema de calendarización a nivel regional en plataforma SSMM <b>Verificador:</b> Listado de Comunas que fueron capacitadas por la región y avanzan en esta modalidad sobre total comunas región RM - VALPARAISO- BIOBIO: META 70% o más LOS LAGOS - ARAUCANIA - MAULE -LBO: META 75 % o más TARAPACA - ANTOFAGASTA- ATACAMA- COQUIMBO -AYSEN - MAGALLANES - LOS RIOS-ARICA- ÑUBLE: META 80% o más</i>
6	<i>Comunas con uso de plataforma de Reportes a nivel regional en plataforma SSMM <b>Verificador:</b> Listado de comunas que fueron capacitadas por la región y nómina de coordinadores que usan el sistema de reportes sobre total comunas región al cierre del mes de Julio en carpeta compartida: RM - VALPARAISO- BIOBIO: META 70% o más LOS LAGOS - ARAUCANIA - MAULE -LBO: META 75 % o más TARAPACA - ANTOFAGASTA- ATACAMA- COQUIMBO -AYSEN - MAGALLANES - LOS RIOS-ARICA- ÑUBLE: META 80% o más</i>
7	<i>Obtención del Informe de Necesidad de Atención (INA) automático desde Plataforma Coordinadores al cierre del mes Julio META 90% del total de establecimientos participantes vs el total de RBD 2023 con SSMM ( Presencia) <b>Verificador:</b> Informe extraído del sistema en carpeta compartida</i>

- N° Indicadores**
- 8** Realización de al menos 1 acción de carácter masivo a nivel regional ej: Capacitación, seminario, focus groups , testimonios , buenas prácticas , orientada a refloatar y fortalecer el trabajo con actores claves ej : Equipos PIE comunales , centros de padres , centros de alumnos , usuarios, APS., universidades. META 100% **Verificador:** Nómina de todos los actores señalados en la meta en carpeta compartida, debe llevar hora inicio y final por asistente, foto o imagen de la reunión, material de apoyo jornada en pdf
- 9** Aplica cantidad de encuestas, según muestra al cierre del mes de Julio ( Se adjuntan muestras en planilla hoja 2) **Verificador:** Registro de datos en plataforma informática de coordinadores y descarga del sistema
- |                         |            |
|-------------------------|------------|
| Lentes Ópticos          | agosto 25% |
| Audifonos               | agosto 25% |
| Corsé                   | agosto 25% |
| Encuesta al acompañante | agosto 40% |
- 10** Realización de Jornada de Retroalimentación o Avance con la Red de actores (coordinadores comunales, servicios locales, profesores, CCPP, APS,etc) hasta el 15 de Agosto. META 100% **Verificador:** Nómina de todos los actores señalados en la meta en carpeta compartida, debe llevar hora inicio y final por asistente , foto o imagen de la reunión, material de apoyo jornada en PDF
- 11** Presentación de un plan de supervisión de atenciones de tamizaje y atenciones médicas y lentes para el año entre marzo y noviembre META ANUAL .80 % cumplimiento  
META AL 30 DE AGOSTO: 40% de las supervisiones **Verificador:** Actas de Supervisión realizadas debidamente completadas, legibles hallazgos encontrados en cada supervisión
- 12** Publicación y Adjudicación de Licitaciones Pendientes a nivel regional para el año 2024 META: 90 % de procesos licitatorios levantados, adjudicados al 30 de marzo. **Verificador:** Contratos con rex aprobatoria de los procesos licitados.

Fuente: Orientaciones Técnico-Programáticas Salud, Junaeb 2024

## Supervisión:

### PLAN DE SUPERVISION REGIONAL

Cada Coordinación Regional debe presentar a la Coordinación Nacional un plan de supervisiones referente a tamizaje, atenciones médicas, lentes y servicios de apoyo en caso excepcional y de acuerdo con disponibilidad presupuestaria.

Se debe presentar un plan de supervisión de atenciones de tamizaje y atenciones médicas y lentes para el año entre marzo y noviembre cuya meta anual es el 80% o más al mes de noviembre, en tanto que para el mes de agosto la meta de realización es del 40%. Lo anterior deberá ser complementado con las Actas de Supervisión realizadas debidamente completadas, legibles, y con hallazgos encontrados en cada supervisión, subidas a carpeta Teams por cada región. Dicho plan debe informarse al 30 de abril.

### SUPERVISIÓN A PRESTADORES

La supervisión a prestadores de tamizaje y atención médica se realiza al menos una vez al año, dejando verificador de la acción a través del acta aplicada. Para ello se dispone de un enlace en donde estarán los instrumentos de esta área y en donde las direcciones regionales deberán alojar en cada carpeta, las pautas aplicadas a los prestadores de SSMM.

Las pautas de supervisión recogen tanto incumplimientos que se detectan in situ, como aquellos incumplimientos que se relacionan con aspectos administrativos contractuales. Además, se consignan hallazgos y observaciones, y se ejecutan acciones de mejora en caso de que corresponda.

El acta de supervisión de tamizajes y atención médica contempla las tres áreas asistenciales en el mismo formato. Similar configuración tiene las actas de prestaciones de apoyo del programa.

**Figura 9: Acta de supervisión de tamizajes y atenciones médicas.**

	<b>ACTA SUPERVISIÓN TAMIZAJE Y ATENCIÓN MÉDICA OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS</b>			Código	
				Revisión	
				Página	1 de 1
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>					
Licitación					
Fecha de Supervisión					
Área Supervisada (Especialidad)					
Prestación Supervisada					
Nombre Prestador					
Nombre del Profesional					
Nombre del Establecimiento o Lugar de la atención					
RBD	Comuna		Región		
Teléfono			e-mail del establecimiento		
Modalidad	El Prestador se desplaza a Comuna				
	El Prestador atiende en consulta particular				

Fuente: Orientaciones Técnico-Programáticas Salud, Junaeb 2024

**Figura 10: Acta de supervisión de prestaciones de apoyo**

	<b>ACTA SUPERVISIÓN PRESTACIONES DE APOYO OTOLMOLÓGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS</b>			Código	
				Revisión	
				Página	1 de 1
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>					
Licitación					
Fecha de Supervisión					
Área Supervisada (Especialidad)					
Prestación Supervisada					
Nombre Prestador					
Nombre del Profesional					
Nombre del Establecimiento o Lugar de la atención					
RBD		Comuna		Región	
Teléfono		e-mail del establecimiento			
Modalidad (lugar de atención)	El Prestador se desplaza a Comuna				
	El Prestador atiende en consulta particular				

Fuente: Orientaciones Técnico-Programáticas Salud, Junaeb 2024

Para el caso de la supervisión de lentes ópticos se toma una muestra regional del 2% de los productos entregados del total de la cobertura programada de la región, es decir sumar el 2% con las OT que sean necesarias a nivel regional. La supervisión de estos servicios es de vital importancia, pues se encuentran dentro del proceso de auditoría interna anual para el año en curso. Las actas de supervisión son aplicadas en diferentes momentos del año, al comienzo, durante y al final del servicio, de tal manera de comprobar el desempeño de la óptica que provee este tratamiento.

**Figura 11: Acta de supervisión de Lentes Ópticos**

	<b>ACTA SUPERVISIÓN DE IDENTIFICACION DE INCUMPLIMIENTOS DE LENTE ÓPTICOS 2023 PROGRAMA SERVICIOS MÉDICOS</b>			Código	
				Revisión	
				Página	1 de 1
<b>ANTECEDENTES GENERALES</b>					
Región:		Provincia/Comuna			
Fecha de Supervisión					
Nombre Empresa Proveedora		Rut Empresa Proveedora			
N° Orden de Compra					
N° Orden de Trabajo (OT)/Reporte		Fecha de Orden de Trabajo/Reporte			
Cantidad de lentes según OT					
Fecha de Recepción de Lentes Ópticos (en el territorio)					
Cantidad de lentes recepcionados		Cantidad de lentes pendientes de esta OT			
Indicar Lugar de entrega (marcar con una x)		Entrega en establecimiento- comuna-territorio			
		Entrega dependencia JUNAEB Region/Provincia			
<b>ASPECTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS A EVALUAR</b>					
<p>Detectar incumplimientos que se recogen a través de reclamos, monitoreo del servicio y desde plataforma informática. Dicha supervisión deberá realizarse a cada una de las empresas adjudicadas en el territorio. Resguardar supervisar una(s) OT(s) completa(s) y cumplir el 2% de muestra en relación a la cobertura establecida por Licitación.</p>					

Fuente: Orientaciones Técnico-Programáticas Salud, Junaeb 2024

## Encuestas de satisfacción:

El Programa realiza encuestas de satisfacción usuaria y uso y valoración de tratamiento que son de carácter muestral correspondientes a:

- Uso y Valoración de tratamientos para Lentes Ópticos, Audífonos y Corsé: 25 % de la muestra, al mes de julio digitadas en sistema informático. Corresponde a encuestas aplicadas a los estudiantes sobre el uso de estos tratamientos y permite conocer su grado de adhesión al tratamiento.
- Encuestas al Acompañante en Tamizaje y Atención Médica: Se relaciona con encuestas que se aplican al acompañante del estudiante a nivel de la atención médica o tamizaje y que permite obtener la visión respecto de cómo el usuario percibe dicha atención. Esta encuesta es aplicada por la Unidad de Usuarios de cada región.

Para ello se deben aplicar 10 encuestas como mínimo por prestador de tamizaje y de atención médica. Es importante señalar que para el caso de aquellos prestadores que cuentan con más de un profesional, se debe aplicar la encuesta a distintos profesionales y en diferentes momentos del año.

Las encuestas se aplican durante el año, debiendo reportarse en tres momentos:

**Cuadro 11: Hitos de informe de encuestas**

REPORTES	FECHA	% DE APLICACIÓN
Primer Reporte	Agosto	25%
Segundo Reporte	Octubre	50%
Tercer Reporte	Diciembre	90% o más

Fuente: Orientaciones Técnico-Programáticas Salud, Junaeb 2024

El programa informa los indicadores de satisfacción con la atención recibida por las personas beneficiarias de acuerdo a las especialidades médicas y no por componente. Además, no se encuentran separados por sexo ni por regiones.

A continuación, se muestra la satisfacción usuaria con la atención por especialidad médica y su cumplimiento de la meta por año desde 2019 a 2024.

**Cuadro 21: Indicador de Satisfacción usuaria por especialidad médica. Chile 2019 - 2024<sup>108</sup>**

Año de Consulta	Estándar / meta	2019	2020	2021	2022	2023	2024 <sup>109</sup>
Especialidad							
Oftalmología	>= 95%	96,88 % Si Cumple	98,64 % Si Cumple	96,87 % Si Cumple	98,10 % Si Cumple	95,98 % Si Cumple	
Otorrinología		98,26 % Si Cumple	93,52 % No Cumple	95,19 % Si Cumple	99,41 % Si Cumple	98,20 % Si Cumple	
Traumatología		98,80 % Si Cumple	100,00 % Si Cumple	100,00 % Si Cumple	97,40 % Si Cumple	98,46 % Si Cumple	

Fuente: Programa

<sup>108</sup> Se extraer de la Encuesta ABMODIFICADA. en la pregunta "E: ¿Cómo califica la atención que recibió el niño?" las respuestas 1 (muy bueno) y/o 2 (bueno), relacionada con la totalidad de las encuestas aplicadas en las AM de la especialidad.

<sup>109</sup> Al momento del cierre del presente informe no se contaba con las cifras de 2024.

El panel evalúa el grado de satisfacción de las personas beneficiarias como óptimo (rango de 93 % en otorrinología en 2020 y 100% en traumatología 2021). Además, es destacable que solo en 2020, en plena pandemia, en otorrinología no se haya alcanzado la meta.

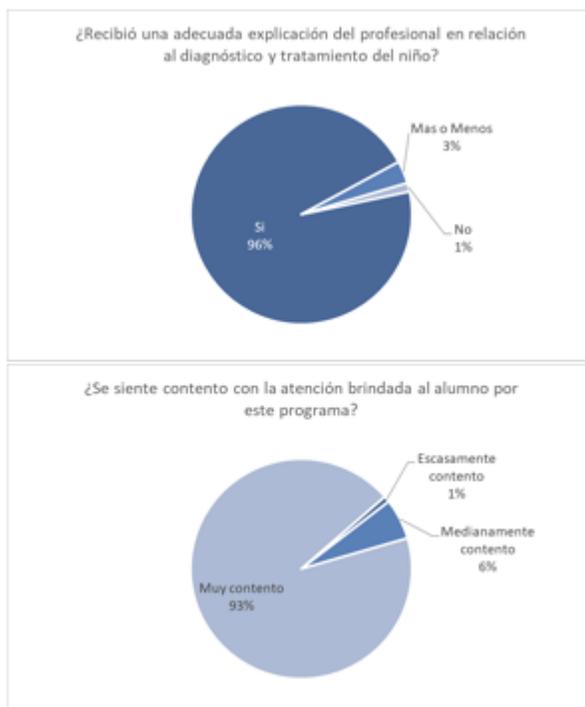
Por otra parte, al analizar la base de datos con los resultados de 2024<sup>110</sup> en las otras variables relacionadas con la satisfacción con la atención recibida, los resultados son los siguientes:

**Cuadro 22: Resultados encuesta de Satisfacción de usuarios 2024**

	Sí	No
¿Considera Ud. que el profesional fue amable y mostró disposición para atender y responder sus preguntas?	98%	2%
¿Volvería a atender al niño con el mismo profesional?	99%	1%
¿Considera Ud. que la secretaria fue amable y mostró disposición a atender y responder sus preguntas?	99%	1%
¿Considera Ud. que la atención otorgada contribuye a la integración y rendimiento escolar del niño?	99%	1%

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el programa.

**Gráfico 2: Resultados encuesta de Satisfacción de usuarios 2024**



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el programa.

Además, el programa mide la oportunidad de acceso a la detección precoz, a la atención médica y al tratamiento para evaluar los resultados de la gestión anual programática. Lo señalado, implica que cada región debe realizar esta tarea analizando con precisión el origen de los datos a considerar para cada indicador, realizando su registro, análisis y propuestas verificables y concretas de mejora en cada dimensión.

<sup>110</sup> El programa solo disponibilizó los datos de 2024.

El programa informa indicadores de calidad de acuerdo con las especialidades médicas y no por componente. Además, no se encuentran separadas por sexo ni por región. A continuación, se muestran los indicadores y su nivel de cumplimiento de metas/estándares por año.

**Cuadro 23: Indicadores de calidad en oftalmología. Chile 2019 - 2024**

Año de Consulta:	Estándar / meta	2019	2020	2021	2022	2023	2024 <sup>111</sup>
ACCESO A SERVICIOS							
1. % niños de 1° básico pesquisados con sospecha de daño por el profesor en relación a matrícula con INA de 1° básico.	15-18%	22,54 % No Cumple	70,11 % No Cumple	19,15 % No Cumple	25,44 % No Cumple	28,33 % No Cumple	
2. % de niños 1° básico pesquisados que fueron atendidos por tamizaje. Solo para pesquisado	80-100%	78,93 % No Cumple	48,06 % No Cumple	77,21 % No Cumple	112,32 % No Cumple	74,81 % No Cumple	
3. Focalización en oftalmología a nivel de pesquisa	95-100%	94,99 % No Cumple	97,67 % Si Cumple	89,83 % No Cumple	91,57 % No Cumple	94,06 % No Cumple	
4. % de niños de 1° básico regional atendidos por tamizaje de barrido en relación a la matrícula INA regional 1° Básico (busca saber cuánto se cubre con barrido en este nivel educativo)	20-50%	12,75 % No Cumple	11,81 % No Cumple	3,02 % No Cumple	70,72 % No Cumple	17,19 % No Cumple	
5. Focalización a nivel de especialista	80-100%	63,68 % No Cumple	47,49 % No Cumple	58,51 % No Cumple	73,58 % No Cumple	52,17 % No Cumple	
<b>OPORTUNIDAD<sup>112</sup></b>							
Latencia entre la indicación del lente óptico (orden de compra) y la entrega al estudiante. (se extrae de la plataforma de lentes)	<= 30 Días Hábiles	28,80 Si Cumple	20,91 Si Cumple	62,50 No Cumple	28,38 Si Cumple	34,92 No Cumple	

Fuente: Programa

El cumplimiento de los estándares/metos es mayoritariamente negativo no observándose diferencias importantes entre el período pandémico y post pandémico. En general se encuentra una sobrepesquisa de posibles casos oftalmológicos, junto con un porcentaje de tamizaje y de focalización cercanos a la meta de 80% y 95% respectivamente.

El tamizaje de barrido es una estrategia que tiene un costo asociado, por lo que su uso queda acotado a las zonas geográficas alejadas, por lo que no extraña encontrar cifras por debajo del 20% mínimo solicitado. En 2022 este indicador superó el 70% y el programa lo cataloga como no cumplido ya que superó el 50% establecido como techo (este resultado explica el sobre tamizaje encontrado en el indicador anterior). Sin embargo, en una situación con déficit de cobertura efectiva es recomendable implementar estrategias ampliadas como esta, por lo que el estándar debe ser revisado<sup>113</sup>.

**Cuadro 24: Indicadores de calidad en Otorrinología. Chile 2019 – 2024**

Año de Consulta:	Estándar / meta	2019	2020	2021	2022	2023	2024 <sup>114</sup>
ACCESO A SERVICIOS							

<sup>111</sup> Al momento del cierre del presente informe no se contaba con las cifras de 2024.

<sup>112</sup> De acuerdo a la metodología de marco lógico este es el único indicador de calidad de los presentados en la tabla.

<sup>113</sup> El programa no ha explicitado las razones por las cuales hay un incumplimiento tan elevado de la focalización a nivel de oftalmólogo (el año 2022 es el más cercano a la meta de 80% mínimo), así como tampoco los incumplimientos del indicador de latencia de entrega de lentes en 2021 y 2023.

<sup>114</sup> Al momento del cierre del presente informe no se contaba con las cifras de 2024.

1. % niños de 1° básico pesquisados con sospecha de daño por el profesor en relación a matrícula con INA de 1° básico.	= 10%	12,61 % No Cumple	31,14 % No Cumple	28,28 % No Cumple	13,64 % No Cumple	24,48 % No Cumple	
2. % de niños 1° básico pesquisados que fueron atendidos por tamizaje. Solo para pesquisado	80-100%	75,01 % No Cumple	40,21 % No Cumple	60,52 % No Cumple	71,13 % No Cumple	87,40 % Si Cumple	
3. % de niños pesquisados de los cursos focalizados según orientación (pk-k-1)	95-100%	96,06 % Si Cumple	96,57 % Si Cumple	87,20 % No Cumple	91,56 % No Cumple	96,55 % Si Cumple	
4. Focalización a nivel de especialista	80-100%	82,04 % Si Cumple	71,76 % No Cumple	69,73 % No Cumple	86,28 % Si Cumple	90,05 % Si Cumple	
<b>OPORTUNIDAD</b>							
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 Hábiles	33,00 Si Cumple	32,78 Si Cumple	46,00 No Cumple	68,91 No Cumple	143,87 No Cumple	

Fuente: Programa

En otorrinología también el cumplimiento de los estándares/metás es mayoritariamente negativo no observándose diferencias importantes entre el período pandémico y post pandémico. En general se encuentra una importante sobrepesquisa de posibles casos audiológicos, junto con un % de tamizaje cercanos a la meta de 80%, siendo solo cumplido en 2023. El indicador de focalización solo no se cumplió en los años de pandemia<sup>115</sup>.

<sup>115</sup> El programa no ha explicitado las razones por las cuales hay un incumplimiento tan elevado de la del indicador de latencia de entrega de audífonos sobre todo en 2022 y 2023.

**Cuadro 25. Indicadores de calidad en Traumatología. Chile 2019 – 2024**

Año de Consulta:	Estándar / meta	2019	2020	2021	2022	2023	2024 <sup>116</sup>
<b>ACCESO A SERVICIOS</b>							
1. % niños de 7° básico pesquisados con sospecha de daño por el profesor en relación a matrícula con INA de 7° básico (pesquisa)	15-20%	20,43 % No Cumple	51,02 % No Cumple	26,93 % No Cumple	19,00 % Si Cumple	26,08 % No Cumple	
2. % de niños 7° básico pesquisados que fueron atendidos por Tamizaje. (pesquisa) Mide adhesión	85-100%	89,20 % Si Cumple	61,03 % No Cumple	80,41 % No Cumple	85,32 % Si Cumple	90,49 % Si Cumple	
3. % de niños pesquisados de 7° básico según orientación (focalización).	>= 95%	89,13 % No Cumple	98,07 % Si Cumple	84,19 % No Cumple	103,95 % Si Cumple	97,51 % Si Cumple	
4. % de niños de 7° básico que fueron atendidos por tamizaje de barrido en relación matrícula de 7° básico según INA	>= 30%	38,41 % Si Cumple	14,53 % No Cumple	11,02 % No Cumple	26,03 % No Cumple	33,22 % Si Cumple	
5. % de niños focalizados a nivel de especialista	>= 85%	78,61 % No Cumple	66,81 % No Cumple	74,13 % No Cumple	67,13 % No Cumple	69,58 % No Cumple	
<b>OPORTUNIDAD</b>							
Tiempo de latencia entre la indicación de corsé y la entrega efectiva al niño. (en regiones con entrega indirecta por parte del prestador)	<= 45 Días Hábiles	25,75 Si Cumple	21,00 Si Cumple	23,50 Si Cumple	39,00 Si Cumple	31,87 Si Cumple	

Fuente: Programa

El cumplimiento de los estándares/metos en traumatología es mayoritariamente negativo (excepto en el caso de % de tamizaje y latencia de entrega de corsé), no observándose diferencias importantes entre el período pandémico y post pandémico, a excepción del indicador de % de tamizaje. En general se encuentra una sobrepesquisa de posibles casos ortopédicos, excepto en 2022.

El % de tamizaje y de focalización superan la meta de 85% y 95% respectivamente en los años 2022 y 2023.

En 2023 este indicador de tamizaje de barrido superó la meta del 30%. El programa no explica por qué en este caso el estándar solo tiene un mínimo y no además un máximo como en oftalmología<sup>117</sup>. No obstante, lo anterior, hay muy buen cumplimiento en el tiempo de latencia de entrega de corsé siendo siempre menores al estándar de 45 días.

El panel evalúa que los indicadores de calidad mostrados para el período en evaluación tienen un cumplimiento moderado/bajo, sin mostrar ninguna tendencia en particular. Esto abre una oportunidad de mejora significativa ya que muchos de los aspectos que no alcanzan una evaluación dentro de los estándares son susceptibles de abordar no tan solo desde los instrumentos administrativos (bases de licitación) o normativos (orientaciones técnicas), sino que desde la realización de auditorías programadas en las diferentes etapas de la ejecución de los componentes.

<sup>116</sup> Al momento del cierre del presente informe no se contaba con las cifras de 2024.

<sup>117</sup> El programa no ha explicitado las razones por las cuales hay un incumplimiento tan elevado de la focalización a nivel de traumatólogo.

## Anexo 4: Ficha de Presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos

**Cuadro 1.A**  
**Asignación Específica al Programa, período 2021 - 2025 (en miles de pesos año 2025)**

Identificación Asignación			2021		2022		2023		2024		2025	
Partida; Capítulo; Progr.	Subt.; Ítem; Asign.	Denominación de Asignación	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa
09.09.02	24.01.168	Asistencia Médica Prebásica, Básica y Media	8.168.835	8.168.835	7.562.014	7.562.014	7.734.140	7.734.140	7.319.457	7.319.457	6.009.214	6.009.214
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>1.1 Total Asignación Específica al Programa</b>				8.168.835		7.562.014		7.734.140		7.319.457		6.009.214

**1.2. Aportes institución responsable:** Son los recursos financieros aportados al Programa por la institución responsable del mismo y que están consignados en la Ley de Presupuestos en los respectivos subtítulos (21 "Gastos en Personal", 22 "Bienes y Servicios de Consumo", 29 "Adquisición de Activos No Financieros" u otros), con la respectiva asignación presupuestaria y el monto correspondiente al programa.

**Cuadro 1.B**  
**Aportes institución responsable (subtítulos 21, 22 y 29, entre otros), período 2021-2025 (en miles de pesos año 2025)**

Identificación Aporte			2021		2022		2023		2024		2025	
Partida; Capítulo; Progr.	Subtítulo	Denominación	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa
09.09.01	21	Gastos en Personal	28.803.592	695.756	26.528.588	654.560	28.258.999	705.356	31.292.226	711.496	31.357.497	711.360
09.09.01	22	Bienes y Servicios de Consumo	5.957.187	132.784	5.352.085	119.297	5.985.581	131.815	5.833.979	128.476	6.041.260	133.041
09.09.01	29	Adquisición de Activos no Financieros	2.609.789	58.171	2.100.409	46.818	2.001.790	44.083	1.616.512	35.598	1.403.395	30.906
-	Otros (identificar)	Otros (identificar)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	Otros (identificar)	Otros (identificar)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>1.2 Total Aportes Institución Responsable</b>				886.711		820.674		881.254		875.571		875.307

**1.3. Aportes en Presupuesto de otras instituciones públicas:** Son los recursos financieros de otros organismos públicos (Ministerios, Servicios y otros), diferentes de la institución responsable del mismo, que aportan al programa pero no ingresan a su presupuesto (no es transferencia presupuestaria). Las tres primeras columnas identifican el organismo público y su correspondiente asignación.

**Cuadro Nº1.C**  
**Aportes en Presupuesto de otras Instituciones Públicas, período 2021 - 2025 (en miles de pesos año 2025)**

Identificación Aporte			2021		2022		2023		2024		2025	
Partida; Capítulo; Progr.	Subt.; Ítem; Asign.	Denominación de Asignación	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>1.3 Total Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas</b>				-		-		-		-		-

**Cuadro Nº 1.D**

**Aportes otras Fuentes Extrapresupuestarias, período 2021-2025 (en miles de pesos año 2025)**

Fuentes de financiamiento	2021	2022	2023	2024	2025
	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto
Estimación Aporte Coordinadores Comunales	1.261.140	1.167.433	1.199.842	1.102.831	958.788
Estimación Aporte Docentes	11.825.478	10.946.805	11.250.692	10.791.861	8.990.374
Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc. (Identificar)	-	-	-	-	-
<b>2.1 Total Aportes otras fuentes Extrapresupuestarias</b>	<b>13.086.619</b>	<b>12.114.238</b>	<b>12.450.533</b>	<b>11.894.693</b>	<b>9.949.162</b>

**Cuadro Nº1**

**Fuentes de financiamiento del Programa, período 2010-2025 (en miles de pesos año 2025)**

Fuentes de Financiamiento	2021		2022		2023		2024		2025		Variación 2021-2025
	Monto	%	%								
<b>1. Presupuestarias</b>	<b>9.055.547</b>	<b>40,9%</b>	<b>8.382.688</b>	<b>40,9%</b>	<b>8.615.395</b>	<b>40,9%</b>	<b>8.195.028</b>	<b>40,8%</b>	<b>6.884.521</b>	<b>40,9%</b>	<b>-24,0%</b>
1.1. Asignación específica al Programa	8.168.835	36,9%	7.562.014	36,9%	7.734.140	36,7%	7.319.457	36,4%	6.009.214	35,7%	-26,4%
1.2. Aportes institución responsable (subtítulos 21, 22 y 29, entre otros)	886.711	4,0%	820.674	4,0%	881.254	4,2%	875.571	4,4%	875.307	5,2%	-1,3%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-
<b>2. Extrapresupuestarias</b>	<b>13.086.619</b>	<b>59,1%</b>	<b>12.114.238</b>	<b>59,1%</b>	<b>12.450.533</b>	<b>59,1%</b>	<b>11.894.693</b>	<b>59,2%</b>	<b>9.949.162</b>	<b>59,1%</b>	<b>-24,0%</b>
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	13.086.619	59,1%	12.114.238	59,1%	12.450.533	59,1%	11.894.693	59,2%	9.949.162	59,1%	-24,0%
<b>Total (Presupuestarias + Extrapresupuestarias)</b>	<b>22.142.165</b>	<b>100,0%</b>	<b>20.496.926</b>	<b>100,0%</b>	<b>21.065.928</b>	<b>100,0%</b>	<b>20.089.721</b>	<b>100,0%</b>	<b>16.833.683</b>	<b>100,0%</b>	<b>-24,0%</b>

**Cuadro N°2**  
**Presupuesto del Programa respecto del Presupuesto de la Institución Responsable, período 2021-2025**  
**(en miles de pesos año 2025)**

<b>Año</b>	<b>Presupuesto inicial de la Institución responsable</b>	<b>Presupuesto Inicial del Programa (Asignación en Ley de Presupuesto)</b>	<b>% Respecto del presupuesto inicial de la institución responsable</b>
<b>2021</b>	1.363.552.721	9.055.547	<b>0,7%</b>
<b>2022</b>	1.291.606.465	8.382.688	<b>0,6%</b>
<b>2023</b>	1.513.282.376	8.615.395	<b>0,6%</b>
<b>2024</b>	1.610.414.572	8.195.028	<b>0,5%</b>
<b>2025</b>	1.605.685.552	6.884.521	<b>0,4%</b>

Fuente:Junaeb

**Cuadro N°3**  
**Presupuesto Inicial, Vigente y Gasto Devengado del Programa, período 2021-2025**  
**(en miles de pesos año 2025)**

AÑO 2021	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	695.756	727.940	727.940	100,0%	104,6%
Bienes y Servicios de Consumo	132.784	128.938	128.137	99,4%	96,5%
Transferencias	8.168.835	6.529.462	4.125.898	63,2%	50,5%
Inversión	58.171	58.171	38.784	66,7%	66,7%
Otros (Identificar)	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>9.055.547</b>	<b>7.444.510</b>	<b>5.020.758</b>	<b>67,4%</b>	<b>55,4%</b>

Fuente: Junaeb

AÑO 2022	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	654.560	684.837	684.837	100,0%	104,6%
Bienes y Servicios de Consumo	119.297	128.774	118.801	92,3%	99,6%
Transferencias	7.562.014	6.957.040	5.811.957	83,5%	76,9%
Inversión	46.818	42.620	29.655	69,6%	63,3%
Otros (Identificar)	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>8.382.688</b>	<b>7.813.272</b>	<b>6.645.251</b>	<b>85,1%</b>	<b>79,3%</b>

Fuente: Junaeb

AÑO 2023	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	705.356	737.983	737.983	100,0%	104,6%
Bienes y Servicios de Consumo	131.815	131.815	122.850	93,2%	93,2%
Transferencias	7.734.140	6.726.054	5.062.989	75,3%	65,5%
Inversión	44.083	44.083	23.541	53,4%	53,4%
Otros (Identificar)	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>8.615.395</b>	<b>7.639.935</b>	<b>5.947.363</b>	<b>77,8%</b>	<b>69,0%</b>

Fuente: Junaeb

AÑO 2024	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	711.496	744.408	744.408	100,0%	104,6%
Bienes y Servicios de Consumo	128.476	132.607	132.607	100,0%	103,2%
Transferencias	7.319.457	7.273.600	7.273.600	100,0%	99,4%
Inversión	35.598	34.325	34.325	100,0%	96,4%
Otros (Identificar)	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>8.195.028</b>	<b>8.184.941</b>	<b>8.184.941</b>	<b>100,0%</b>	<b>99,9%</b>

Fuente: Junaeb

AÑO 2025	Presupuesto Inicial
Personal	711.360
Bienes y Servicios de Consumo	133.041
Transferencias	6.009.214
Inversión	30.906
Otros (Identificar)	-
<b>Total</b>	<b>6.884.521</b>

Fuente: Junaeb

**Cuadro N°4**  
**Gasto Total del Programa, período 2020-2024**  
**(en miles de pesos año 2024)**

<b>AÑO</b>	<b>Gasto Devengado del Presupuesto</b>	<b>Otros Gastos</b>	<b>Total Gasto del Programa</b>
2021	5.020.758	-	<b>5.020.758</b>
2022	6.645.251	-	<b>6.645.251</b>
2023	5.947.363	-	<b>5.947.363</b>
2024	8.184.941	-	<b>8.184.941</b>

Fuente: Junaeb

**Cuadro N°5**  
**Gastos Total del Programa según uso, desagregado en gastos de administración y gastos de producción, período 2021-2024**  
**(en miles de pesos año 2025)**

AÑO 2021	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs. Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	-	727.940	727.940	14,5%
Otros Gastos	4.125.898	166.921	4.292.819	85,5%
<b>Total</b>	<b>4.125.898</b>	<b>894.861</b>	<b>5.020.758</b>	-----
<b>% (Gasto Produc. vs. Admin)</b>	<b>82,2%</b>	<b>17,8%</b>	-----	-----

Fuente:Junaeb

AÑO 2022	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs. Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	-	684.837	684.837	10,3%
Otros Gastos	5.811.957	148.456	5.960.413	89,7%
<b>Total</b>	<b>5.811.957</b>	<b>833.293</b>	<b>6.645.251</b>	-----
<b>% (Gasto Produc. vs. Admin)</b>	<b>87,5%</b>	<b>12,5%</b>	-----	-----

Fuente:Junaeb

AÑO 2023	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs. Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	-	737.983	737.983	12,4%
Otros Gastos	5.062.989	146.391	5.209.380	87,6%
<b>Total</b>	<b>5.062.989</b>	<b>884.375</b>	<b>5.947.363</b>	-----
<b>% (Gasto Produc. vs. Admin)</b>	<b>85%</b>	<b>14,9%</b>	-----	-----

Fuente:Junaeb

AÑO 2024	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs. Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	-	744.408	744.408	9,1%
Otros Gastos	7.273.600	166.932	7.440.533	90,9%
<b>Total</b>	<b>7.273.600</b>	<b>911.340</b>	<b>8.184.941</b>	-----
<b>% (Gasto Produc. vs. Admin)</b>	<b>88,9%</b>	<b>11,1%</b>	-----	-----

Fuente:Junaeb

**Cuadro N°6**  
**Gasto de producción de los Componentes del Programa, período 2021-2024**  
 (en miles de pesos año 2024)

AÑO 2021	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Ñuble	Bio Bio	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Participación y Educación	11.989	3.490	6.809	-	12.781	28.431	29.141	4.125	16.170	28.737	29.084	-	17.946	2.221	-	8.421	199.346
Prevención (Screening)	17.901	10.820	9.452	10.588	16.272	27.957	23.606	16.059	6.713	24.714	21.939	8.495	13.097	8.834	5.488	66.446	288.380
Atención Médica Especializada	45.945	74.059	101.837	24.210	53.007	125.910	86.186	110.800	46.451	206.518	150.277	97.887	120.451	49.553	38.699	345.022	1.676.812
Entrega de Tratamiento	27.778	47.103	40.732	28.659	44.860	111.016	74.493	78.166	13.358	173.083	52.011	15.425	32.182	46.844	55.855	1.119.796	1.961.359
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>103.612</b>	<b>135.472</b>	<b>158.830</b>	<b>63.456</b>	<b>126.920</b>	<b>293.313</b>	<b>213.426</b>	<b>209.150</b>	<b>82.692</b>	<b>433.052</b>	<b>253.311</b>	<b>121.806</b>	<b>183.676</b>	<b>107.452</b>	<b>100.042</b>	<b>1.539.686</b>	<b>4.125.898</b>

Fuente:

AÑO 2022	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Ñuble	Bio Bio	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Participación y Educación	-	-	-	1.528	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.528
Prevención (Screening)	21.868	15.408	18.891	14.097	-	18.485	44.486	14.493	6.524	32.164	27.302	7.761	19.894	9.932	3.300	61.831	316.433
Atención Médica Especializada	52.507	47.645	126.525	28.276	39.642	80.198	88.509	99.812	52.175	136.825	18.882	85.641	62.529	34.710	23.460	281.953	1.259.289
Entrega de Tratamiento	81.155	99.417	129.127	28.271	116.523	261.522	182.560	180.623	113.057	361.643	155.193	174.932	229.214	77.633	51.712	1.992.126	4.234.707
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>155.529</b>	<b>162.469</b>	<b>274.544</b>	<b>72.172</b>	<b>156.165</b>	<b>360.205</b>	<b>315.555</b>	<b>294.928</b>	<b>171.755</b>	<b>530.632</b>	<b>201.377</b>	<b>268.334</b>	<b>311.637</b>	<b>122.275</b>	<b>78.472</b>	<b>2.335.910</b>	<b>5.811.957</b>

Fuente:

AÑO 2023	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Ñuble	Bio Bio	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Participación y Educación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevención (Screening)	21.543	12.494	17.477	11.555	16.726	16.022	26.395	16.883	6.612	33.189	21.144	10.373	31.721	10.018	3.750	149.268	405.171
Atención Médica Especializada	82.265	62.267	131.432	28.814	62.858	92.669	109.230	93.190	26.129	241.863	140.358	97.147	117.538	47.171	33.383	410.133	1.776.447
Entrega de Tratamiento	83.545	73.855	112.794	49.737	109.024	257.680	165.509	95.004	63.423	185.002	77.185	120.511	163.168	76.113	62.789	1.186.031	2.881.371
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>187.353</b>	<b>148.616</b>	<b>261.704</b>	<b>90.106</b>	<b>188.608</b>	<b>366.372</b>	<b>301.134</b>	<b>205.077</b>	<b>96.163</b>	<b>460.054</b>	<b>238.687</b>	<b>228.031</b>	<b>312.427</b>	<b>133.302</b>	<b>99.922</b>	<b>1.745.432</b>	<b>5.062.989</b>

Fuente:

AÑO 2024	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Ñuble	Bio Bio	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Participación y Educación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevención	21.327	4.617	18.027	16.043	11.708	17.558	25.953	27.999	13.522	15.148	28.207	5.667	27.493	9.702	3.611	75.338	321.919
Atención	71.008	54.234	137.381	49.671	60.941	150.230	149.941	153.269	48.743	279.510	189.183	120.185	124.651	49.931	28.714	609.611	2.277.203
Entrega de	137.258	148.960	206.006	96.680	216.435	464.949	262.817	282.003	141.041	493.653	305.768	168.086	310.949	76.836	62.170	1.300.869	4.674.479
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>229.592</b>	<b>207.811</b>	<b>361.414</b>	<b>162.394</b>	<b>289.083</b>	<b>632.737</b>	<b>438.711</b>	<b>463.270</b>	<b>203.305</b>	<b>788.311</b>	<b>523.158</b>	<b>293.939</b>	<b>463.093</b>	<b>136.469</b>	<b>94.495</b>	<b>1.985.817</b>	<b>7.273.600</b>

## **7. Metodología de trabajo para estimaciones**

Para la realización del Anexo 4 se trabajó en base a la información provista por la institución, y responsable del programa. Principalmente el Programa recopiló información tanto de la Ley de Presupuestos, que permite la identificación del programa, como de los informes de ejecución trimestrales. A ello se suma que mediante SIGFE tiene apertura el presupuesto en las regiones y permite la asignación de los servicios y prestaciones que se realizan en los cuatro componentes del programa. El gasto devengado corresponde a una estimación ya que no proviene directamente de la Ley de presupuestos, pero a su vez, es porque los gastos de administración son estimados ya que dentro de la configuración presupuestaria del programa no son contemplados. Los recursos totales que utiliza el programa requieren de la valorización de los aportes de terceros o externos de Junaeb, los cuales fueron valorizados para fines de la presente evaluación de forma simple y general para dar un orden de magnitud de su aporte.

El Panel realizó un análisis de la información, verificación de fuentes, analizó los métodos de estimación y corroboró ciertas materias con el sector presupuestario de Educación de la Dirección de Presupuestos.

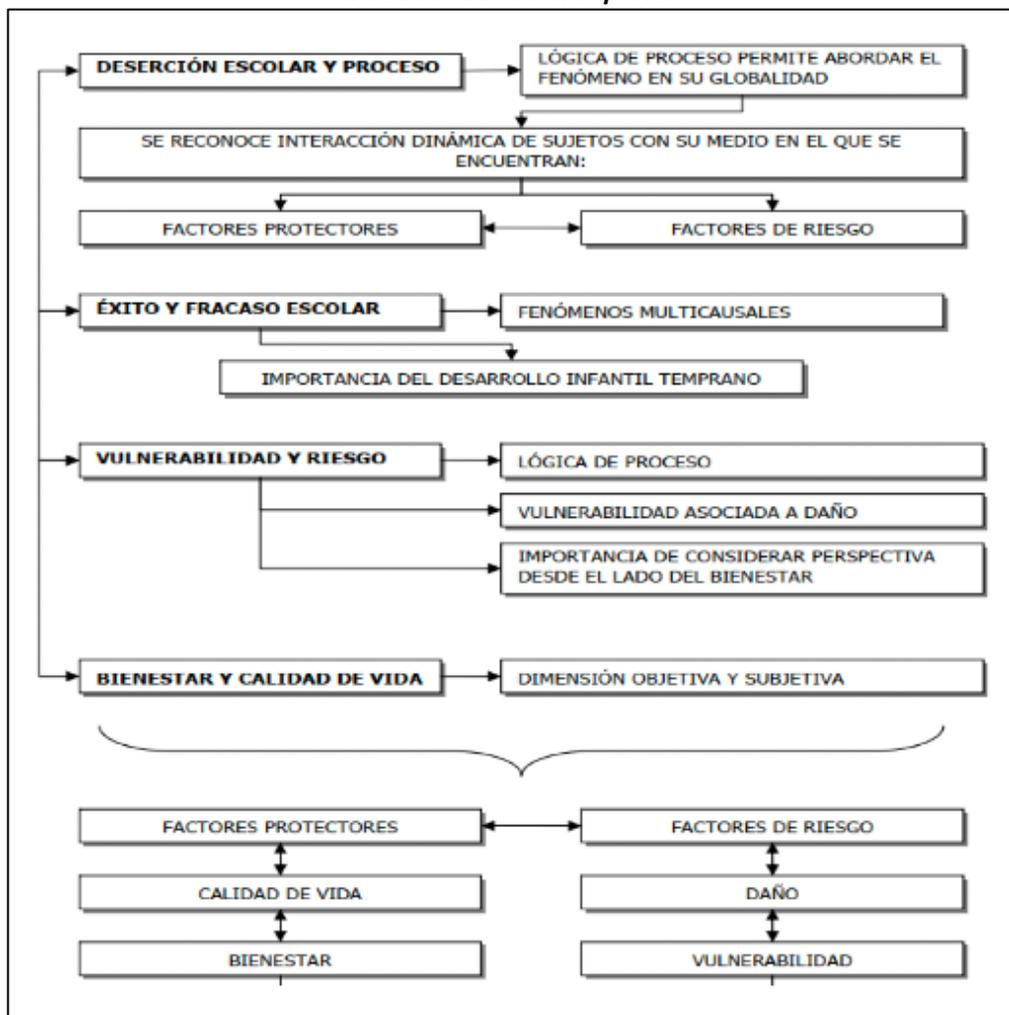
Cuadros Anexo 5	Requiere estimación	
	SI	NO
<b>Cuadro 1: Fuentes de financiamiento</b>		
Asignación específica al programa		X
Asignación institución responsable...		X
Aporte en presupuesto de otras instituciones públicas		X
Otras fuentes, aportes beneficiarios....		X
<b>Cuadro 2: Presupuesto programa respecto presupuesto institucional</b>		
Presupuesto inicial de la institución responsable		X
<b>Cuadro 3: Presupuesto inicial y gasto devengado</b>		
Presupuesto inicial por subtítulo presupuestario	X	
Presupuesto vigente por subtítulo presupuestario	X	
Gasto devengado del presupuesto por subt. presupuestario	X	
<b>Cuadro 4: Gasto total del programa</b>		
Otros gastos		
<b>Cuadro 5: Gasto total del programa según uso</b>		
Gasto en producción		X
Gasto de administración	X	
Gasto por ítem (recurso humano y otros)	X	
<b>Cuadro 6: Gasto de producción de los componentes del programa</b>		
Gasto de producción por componente		X
Gasto de producción por componente y región		X

**Problema que resuelve el programa**

El problema que resuelve el programa es “Estudiantes matriculados en establecimientos educativos financiados por el Estado presentan una salud auditiva, visual y postural deficientes”. La institución responsable del programa cuenta con la identificación y con un diagnóstico desactualizado del problema que dio origen al programa.

Aunque el problema enunciado no hace alusión a sus consecuencias sobre el desempeño escolar ni tampoco a la inequidad en los resultados escolares que hacen necesaria la intervención del Estado en las poblaciones más vulnerables o menos favorecidas, si está presente en alguno de sus documentos, en el árbol del problema diseñado por el programa y en el Fin de la matriz de marco lógico se señala claramente su relación con las trayectorias educativas. Ver figuras siguientes.

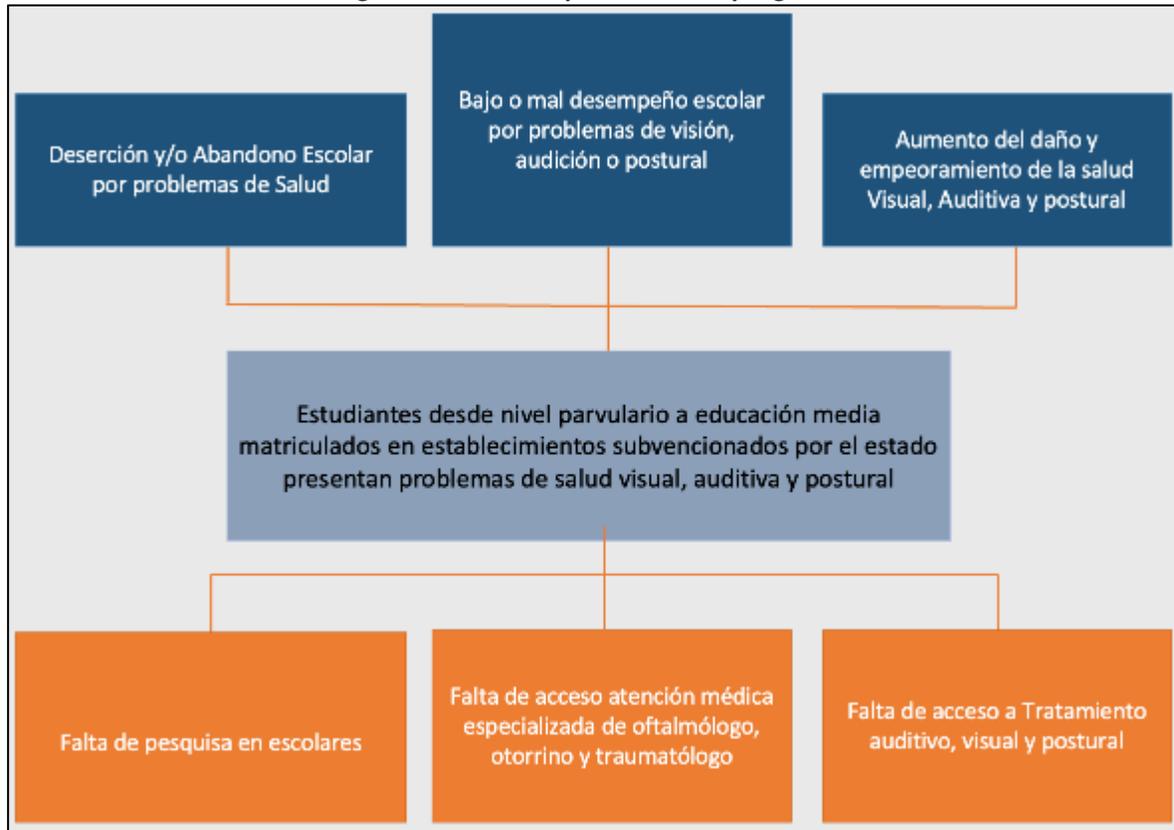
**Figura 1. Programas de Junaeb como factor protector de las trayectorias educativas desde la primera infancia hasta la educación Superior.**



Fuente. Programa

A continuación, se muestra el árbol del problema:

**Figura 2. Árbol del problema del programa**



Fuente. Programa

### I.1 Evidencia en la literatura

Numerosa evidencia científica, da cuenta de la existencia de un gran número de afecciones de salud que se pueden tratar o prevenir mejor si se detectan a tiempo en la infancia. La escuela es un espacio privilegiado que permiten pesquisar e intervenir a tiempo evitando que la presencia de daño limite el acceso, en igualdad de condiciones, a un proceso educativo de calidad.

Todos los aprendizajes llegan del exterior a través de los órganos de los sentidos, sin excepción, siendo la visión, la audición y la postura, ámbitos claves. El desarrollo de las funciones visual, auditiva y postural ocurre desde que el niño o niña nace hasta aproximadamente los 9 años, siendo crítico durante los dos primeros años de vida, período que se denomina de plasticidad sensorial. Cualquier alteración que impida su desarrollo, tanto en lo estructural como funcional, afectará las habilidades visuales, cognitivas y sociales. Por estas razones, es importante considerar que el la pesquisa y tratamiento oportuno no solo mejora la situación de enfermedad, sino que el pronóstico de calidad de vida, especialmente si éste ha sido oportuno (Minsal, 2021).

Aunque no hay evidencia ni estudios cuantitativos que relacionen directamente estas deficiencias con el desempeño e integración en los procesos educativos de NNA, existe un consenso discursivo en los documentos y bibliografía revisados, así como en los/as entrevistados, respecto de que la no solución del problema afectará las trayectorias educativas de los estudiantes (deserción y/o abandono, bajo o mal desempeño/rendimiento escolar). Si existe un estudio un estudio de ATscale (2023) que señala que por cada dólar invertido en el suministro de artículos de asistencia cabe esperar un rendimiento de 9 USD gracias a la mejora de los resultados educativos entre las personas usuarias más jóvenes, un empleo mejor remunerado y una mayor productividad entre las personas adultas, así como

una reducción de los costos en atención de la salud a más largo plazo derivados de complicaciones en la salud y una disminución de los problemas causados por el envejecimiento.

Complementariamente en 2018, Junaeb encargó un estudio cuantitativo de la trayectoria educativa de los estudiantes que pertenecían al programa, que encontró que la atención oftalmológica facilita la trayectoria de los estudiantes dentro del sistema educativo y que un 88,8%, de los estudiantes de 4° medio en el programa, logran aprobar y egresar del sistema educativo, mientras que solo un 0,8% reprueban, lo que demuestra, según la consultoría, que independiente de la especialidad por la que fueron ingresados al programa tales beneficiarios contaron con un resultado positivo en su trayectoria educativa. Además, los resultados obtenidos en rendimiento apuntan a que los efectos del programa pueden ser inmediatos en términos del cambio que representa resolver una patología asociada al rendimiento académico y desempeño en el establecimiento educacional, la cual debe ser consistente con controles y seguimientos para que se continúe en una trayectoria positiva (Hermética consultores, 2018)<sup>25</sup>.

A continuación, se muestra información actualizada respecto de la realidad de los/as párvulos en Chile, respecto de las necesidades de apoyo para su desarrollo normal.

**Tabla 1. Niños y niñas que requieren algún tipo de dispositivo o recurso de apoyo según tipo de ayuda y región de residencia**

Región	Tipo de ayuda					
	Visuales	Auditivas	Movilidad	Equip. adaptado	Alimentación	Otras
Arica y Parinacota	15,8%	4,5%	2,7%	12,9%	8,1%	7,8%
Tarapacá	12,8%	3,3%	1,9%	12,4%	7,0%	6,8%
Antofagasta	13,4%	3,4%	1,5%	11,8%	5,9%	7,5%
Atacama	11,0%	2,9%	1,0%	10,6%	5,3%	5,7%
Coquimbo	11,0%	3,5%	1,0%	9,7%	3,6%	6,0%
Valparaíso	9,8%	3,4%	1,1%	8,9%	3,5%	5,6%
Metropolitana	8,7%	2,8%	0,9%	8,6%	4,1%	5,8%
O'Higgins	9,6%	3,0%	1,0%	9,2%	3,4%	5,3%
Maule	11,7%	3,5%	1,1%	10,2%	3,1%	5,7%
Ñuble	10,9%	3,3%	1,1%	8,4%	3,4%	5,7%
Biobío	12,4%	3,5%	1,2%	9,6%	3,8%	5,8%
La Araucanía	10,5%	3,6%	0,8%	8,6%	3,9%	5,6%
Los Ríos	10,2%	3,9%	1,0%	7,7%	3,7%	5,0%
Los Lagos	10,9%	3,1%	1,0%	8,6%	3,7%	5,2%
Aysén	13,2%	3,5%	0,8%	6,7%	3,2%	5,8%
Magallanes	11,5%	2,4%	0,8%	8,1%	2,6%	5,4%
Total	10,3%	3,2%	1,1%	9,2%	4,0%	5,8%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EVE Parvularia 2023.

*Nota.* Los porcentajes se calcularon sobre el total de encuestados/as, hayan declarado algún tipo de dificultad o no.

Fuente: Junaeb (2024c) <sup>118</sup>

<sup>118</sup> Diagnóstico de Vulnerabilidad en Pre-Escolares 2023. Subdepartamento de Estudios y Análisis de Datos. Departamento de Planificación. Dirección Nacional. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. Ministerio de Educación. [www.junaeb.cl/estudios-y-analisis-de-datos](http://www.junaeb.cl/estudios-y-analisis-de-datos)

En este Diagnóstico de Vulnerabilidad en Pre-Escolares 2023, en lo que respecta a la salud, se registra un aumento no despreciable en la asistencia regular a los controles de salud, que cayó considerablemente durante la pandemia. Por otro lado, también se ha incrementado la cantidad de niños y niñas diagnosticados con enfermedades o problemas de salud que requieren tratamiento prolongado. Esto no implica necesariamente un aumento en la cantidad de niños y niñas que los padecen, sino que podría estar explicado por un incremento en la diagnosis efectiva, que a su vez podría estar en parte relacionada con la recuperación progresiva de la asistencia a controles médicos (Junaeb, 2024c).

### **Deficiencia visual**

En relación a los aspectos más generales de la deficiencia visual, la literatura señala (Rahi, Jugnoo y Gilbert, Clare, 2023; OMS 2000; Ethan D. y Basch CE. 2008; Toledo CC, et al. 2010; Chanfreau J. y Cebulla A. 2009):

- en todo el mundo, por lo menos 2.200 millones de personas padecen deficiencia visual, y de ellas, por lo menos 1.000 millones tienen una deficiencia visual que podría haberse evitado o que aún no se ha tratado;
- la atención ocular es una buena inversión;
- la prevención de las afecciones oculares y las deficiencias visuales mejorará la productividad y reducirá los costos informales e intangibles;
- las personas que tienen deficiencia moderada a grave de la visión de lejos o ceguera debido a un error de refracción no tratado (123,7 millones; por ejemplo, miopía o hipermetropía);
- la zona de residencia también puede ser un determinante importante de la miopía infantil;
- desde la primera infancia hasta la adolescencia, la visión permite acceder fácilmente a los materiales de aprendizaje y es fundamental para los logros educativos.

La visión sustenta el desarrollo de habilidades sociales para forjar amistades, fortalecer la autoestima y mantener el bienestar (Rainey L. et al., 2016). También es importante para la participación en actividades deportivas y sociales que son esenciales para el desarrollo físico, la salud mental y física, la identidad personal y la socialización (Oh H., Ozturk A., y Kozub M., 2004).

La visión borrosa para objetos lejanos, cercanos o ambos producen en el escolar genera en el/la estudiante:

- Dolor de cabeza
- Fatiga visual
- Problemas para enfocar al leer o mirar una pizarra o un computador
- Visión de un resplandor o una aureola alrededor de luces brillantes
- Visión doble y de nebulosas
- Distracción, pérdida de atención.

Según una reciente revisión sistemática global y metaanálisis, se prevé que el número de niños y adolescentes con miopía aumente en 200 millones entre los años 2000 y 2050. Es probable que este aumento sea más marcado en las poblaciones en rápida transición económica (por ejemplo, Asia oriental) y tenga consecuencias importantes para la planificación de los servicios de atención ocular. el número de niños y adolescentes con errores de refracción, en particular miopía, crecerá sustancialmente en las próximas décadas (Ramke J. et al. 2017).

En una revisión sistemática que resume el conocimiento científico de los artículos publicados entre 1998 y 2016, relacionado con el autoconcepto y la autoestima entre niños y adolescentes jóvenes con discapacidad visual (VI) se encontró que algunos estudios encontraron que la edad y el grado de pérdida de visión influían en la autoestima percibida. En general, se informó que la independencia en la movilidad, el estilo de crianza, el apoyo social y la amistad eran importantes para que los niños con VI mejoraran su autoconcepto y autoestima. Los cambios preventivos en el estilo de vida de los niños, como el aumento del tiempo que pasan al aire libre combinado con una disminución de las actividades en que utilizan la visión de cerca, pueden retrasar la progresión de la miopía, lo que reduce el riesgo de miopía alta y sus complicaciones. Para poder brindar oportunidades para un desarrollo exitoso y una buena autoevaluación, se necesita más conocimientos y más estudios longitudinales de observación y ensayos clínicos

aleatorizados de alta calidad para aumentar las posibilidades de sacar conclusiones sobre causa y efecto (Augestad, Liv; 2017).

Los vicios de refracción no corregidos junto con la ambliopía y el estrabismo son las causas más comunes de discapacidad visual entre los niños (Negrel, Dominique; Maul, Eugenio; Pokharel, Gopal; Zhao, Jialiang y Ellwein, Leon, 2000).

Estos déficits son fáciles de diagnosticar y de tratar en forma económica, por medio de lentes ópticos. Por otra parte, los niños y niñas en edad escolar son un grupo especialmente vulnerable, ya que la no corrección de los vicios de refracción, pueden tener un impacto dramático en su capacidad de aprender y su potencial educacional (International Agency for the prevention of blindness; 2000).

La prevalencia de ambliopía en niños/as es de 2% y de 3 - 4% en preescolares, mientras que la prevalencia de vicios de refracción en niños en edad escolar se encuentra entre 0.92% y 49.6% para la miopía y entre 0.25 y 1.11% para hipermetropía, dependiendo entre otros factores, del país donde se la determine. La principal causa de disminución de visión en escolares, y que el 93,3% de los ojos con Agudeza Visual (AV) sin corrección, menor o igual a 0.5, presentan ambliopía (Carlton J., Karnon J., Closki-Murray C., Smith KJ., Marr J., 2008; Díaz, Rodrigo; Raimann, Rolf y Fariña, Ariel 2003).

La prevalencia en niños/as en Chile según un estudio ecológico en base a las confirmaciones diagnósticas del Programa Servicios Médicos de Junaeb, en el periodo 2012-2018, estimó la prevalencia anual de miopía y astigmatismo del país, por región y según sexo (Bastías, Magdalena; Villena, Rodolfo; Dunstan, Jocelyn y Zanolli, Mario; 2021):

- la miopía afectó a 5,6% de los escolares de 1º básico, distribuyéndose igualmente entre hombres y mujeres (p 0,741), con presentación heterogénea a lo largo del país.
- En el caso de la miopía < 3 dp, esta alcanzó al 4,3%, con presentación regional heterogénea, con un mínimo de 1,2% en Aysén y máximo de 9,7% en Antofagasta, sin diferencias por sexo (OR 0,98; p 0,798).
- Por otro lado, la miopía ≥ 3 dp afectó al 1,4%, con presentación regional heterogénea, con un mínimo de 0,3% en Atacama y un máximo de 4,1% en Antofagasta, sin diferencias por sexo (OR 0,99; p 0,849).
- El efecto protector de miopía que otorga la luz natural, demostrado en estudios longitudinales y experimentales, es evidencia a considerar para fomentar el tiempo de los niños al aire libre.

A continuación, se muestran los resultados del diagnóstico de vulnerabilidad en preescolares 2023 (Junaeb, 2024c), en relación a los problemas visuales en dicha población.

**Tabla 2. Niños y niñas con dificultad para ver sin lentes. 2019 – 2023.**

	2019	2020	2021	2022	2023
Ninguna dificultad	84,8%	85,2%	81,8%	82,1%	81,9%
Dificultad leve	6,4%	6,7%	8,4%	7,8%	8,3%
Dificultad moderada	2,9%	2,8%	3,8%	3,6%	3,7%
Dificultad severa	1,1%	1,2%	1,5%	1,5%	1,5%
Dificultad extrema/Imposibilidad	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
No sabe/No responde	4,6%	4,0%	4,3%	4,9%	4,4%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EVE Parvularia 2023.

*Nota.* A causa de la aproximación de decimales, los porcentajes de cada columna no siempre suman 100.

Fuente: Junaeb (2024c)

El estándar de prevalencia usado en los indicadores de calidad del programa va del 7 al 10 % en escolares de 1° básico; y la prevalencia estimada por expertos/as va del 5 al 7% (Junaeb, 2024a).

#### **Deficiencia Auditiva**

Se dice que alguien sufre pérdida de audición, cuando su umbral de audición en ambos oídos es igual o superior a 25 dB. Este déficit, puede ser; leve, moderado, grave o profundo. Afectar a uno o ambos oídos y presentar dificultades para oír una conversación en ambientes ruidosos. Por lo general, en estos casos las personas se comunican mediante la palabra y pueden utilizar como ayuda audífonos, implantes auditivos u otros dispositivos.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) más del 5% de la población mundial (360 millones de personas) padecen algún nivel de pérdida auditiva discapacitante (328 millones de adultos y 32 millones de niños). Por pérdida de audición discapacitante se entiende una pérdida de audición superior a 40 dB en el oído con mejor audición en los adultos y superior a 30 dB en el oído con mejor audición en los niños.

En nuestro país, datos estadísticos hablan de un 1,83% de la población chilena presenta deficiencia auditiva en diferentes grados y de ellas un total de 17,7% se encuentran implementadas con audífonos.

Una de las principales consecuencias de la pérdida de audición es la limitación de la capacidad de las personas para comunicarse con los demás. En los niños con hipoacusia, el desarrollo del lenguaje se suele retrasar. La pérdida de audición y las enfermedades del oído, entre ellas la Otitis media, puede tener efectos muy perjudiciales en el rendimiento escolar, socialización, desarrollo de la autoestima, de los niños y jóvenes (Junaeb y Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología, 2007).

**Tabla 3. Consecuencias de la disminución de la capacidad auditiva.**

DESARROLLO PSICOSOCIAL Y AUDICIÓN		
FUNCIÓNES DE LA AUDICIÓN	¿PARA QUÉ SIRVE?	¿QUÉ SUCEDE CUANDO FALLA?
<b>CONEXIÓN CON EL MEDIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptar y conectar con el medio.</li> <li>Proporcionar información de sonidos permanentes e inconscientes de lo que ocurre alrededor.</li> <li>Permitir que el individuo se mantenga conectado con su medio dar la sensación de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aislamiento e incomunicación con el mundo exterior.</li> <li>Puede aparecer distraído en clases.</li> <li>Sentimiento de soledad.</li> <li>Retraso del lenguaje, escaso vocabulario.</li> <li>Dificultades para su integración social y familiar.</li> <li>Bajo perfil.</li> <li>Niños/as problema.</li> <li>Acreditado deseo de comunicación social con sus profesores y compañeros.</li> </ul>
<b>SEÑAL DE ALERTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anunciar acontecimientos relevantes.</li> <li>Tener respuestas inmediatas, incluso de hechos fuera del campo visual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultad para seguir la clase.</li> <li>Interrupción de las actividades que realiza, para mantener control visual del ambiente.</li> <li>Aparentar problemas de atención en clases por estar muy pendiente de los estímulos externos.</li> </ul>
<b>COMUNICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ser un factor de integración social al favorecer la adquisición del lenguaje oral que acompaña al desarrollo emocional, social y educacional del sujeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Limitación de experiencias vitales como son las conversaciones, las voces entre otras.</li> <li>Tendencia a inmadurez social con baja capacidad de autocritica y autoconciencia.</li> <li>Mayor grado de concretismo.</li> <li>Vulnerabilidad emocional.</li> <li>Dependencia de otros.</li> <li>Mayor tendencia a la frustración.</li> <li>Problemas de baja autoestima.</li> </ul>

Fuente: Junaeb (2017c)

Si bien la prevalencia de hipoacusia en un recién nacido con factores de riesgo es diez veces superior a lo observado en niños mayores, la prevalencia de la hipoacusia continúa creciendo durante la infancia y alcanza una tasa de 2,7 por mil antes de los 5 años y de 3,5 por mil en la adolescencia. Estas hipoacusias comprometen el desarrollo del lenguaje y la capacidad intelectual de los niños (Junaeb y Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología, 2007).

En Chile, un problema de salud relevante en la etapa preescolar y escolar corresponde a la hipoacusia. Según la "Encuesta nacional de calidad de vida y salud", dentro de los problemas de salud reportados por los padres se encontraron problemas de audición en el 2,6% de los encuestados, además de un alto reporte de problemas del comportamiento y déficit atencional, que se pueden asociar a hipoacusia. Por otra parte, un estudio que indagó respecto de la sospecha de pérdida auditiva o problemas de lenguaje en las educadoras de párvulo a cargo de niños de 4 y 5 años en el área norte de la Región Metropolitana estimó una prevalencia de hipoacusia de 11,6%, siendo todos los casos de hipoacusia de transmisión, encontrando sólo 50% de capacidad de las educadoras en detectar la hipoacusia (Cardemil, Felipe; Mena, Pamela; Herrera, María; Fuentes, Eduardo; Sanhueza, David y Rahal, Maritza, 2016).

El diagnóstico de vulnerabilidad en preescolares de 2023, mostró los siguientes resultados respecto del déficit auditivo.

**Tabla 4. Niños y niñas con dificultad para escuchar sin audífonos. 2019 - 2023**

	2019	2020	2021	2022	2023
Ninguna dificultad	92,8%	94,1%	94,2%	94,2%	92,2%
Dificultad leve	3,1%	2,5%	2,7%	2,7%	4,1%
Dificultad moderada	0,7%	0,5%	0,7%	0,7%	1,1%
Dificultad severa	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,3%
Dificultad extrema/Imposibilidad	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
No sabe/No responde	3,2%	2,7%	2,3%	2,2%	2,3%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EVE Parvularia 2019 a 2023.

*Nota.* A causa de la aproximación de decimales, los porcentajes de cada columna no siempre suman 100.

Fuente: Junaeb (2024c)

La prevalencia de hipoacusia en cursos focalizados en niños/as según el estándar de los indicadores de calidad del programa va del 0.6 al 1,5%; y la prevalencia estimada por expertos/as es 3% (Junaeb, 2024a).

#### 1.1.1 Deficiencia postural

Durante el período de crecimiento se presenta en niños y niñas un desequilibrio en el aparato locomotor, circunstancia que supone un serio peligro para el escolar, incrementando la adopción de actitudes posturales inadecuadas con el riesgo de aparición de deformidades espinales que, con el transcurso del tiempo, pueden desencadenar en limitaciones funcionales (Viero Badaró et al., 2015).

Generan las siguientes consecuencias:

- Retraimiento, timidez y vergüenza
- Mala postura
- Inseguridad en la autoimagen
- Incomodidad, molestia y dolor especialmente al realizar actividad física

Una investigación en estudiantes de 12 años en Arica mostró que la prevalencia total de alteración postural de un 57,5 %, un IMC de sobrepeso/obesidad de un 52,5% y un 35 % de riesgo metabólico. Sin embargo, no se observó una asociación entre IMC, ICT y alteraciones de columna, excepto en ICT e hipercifosis. Las alteraciones más frecuentes fueron hiperlordosis seguida de hipercifosis con un 38,8 % y 25,7 % respectivamente, donde las mayores prevalencias se registraron en el establecimiento municipal. En la muestra estudiada se reportan altas prevalencias de hipercifosis e hiperlordosis que no presentan asociación con los índices de sobrepeso y obesidad. Además, las mayores prevalencias de alteraciones posturales en el plano sagital se reportaron en el establecimiento municipal. La prevención de alteraciones posturales y el control del sobrepeso y obesidad deben realizarse precozmente en todo el sistema educativo (Brito-Hernández, Leonidas; Espinoza-Navarro, Omar; Díaz, Jorge y Lizana, Pablo (2018).

La prevalencia de escoliosis en niños/as de 7° básico según el estándar de los indicadores de calidad del programa va del 2,5 al 3 % (Junaeb, 2024a).

Una revisión cualitativa a nivel latinoamericano encuentra que hay falta de protocolización de la evaluación postural, no se sabe bien qué es lo que realmente se debe hacer para evaluar la postura. Además, hay escasa evidencia que sustenta los procedimientos utilizados y también hay una pobre presencia de programas de pesquisa postural en Latinoamérica. El rol del kinesiólogo o fisioterapeuta en la evaluación postural y el tamizaje a nivel latinoamericano es

importante. El contexto escolar, la prevención y la promoción de la salud postural se debe incorporar porque no basta solo con diagnosticar y tratar. La educación es una herramienta durante la pesquisa y el tamizaje (Araneda, Andrés y Aguilar, Sebastián; 2021).

### **Falta de acceso atención médica especializada de oftalmólogo, otorrino y traumatólogo**

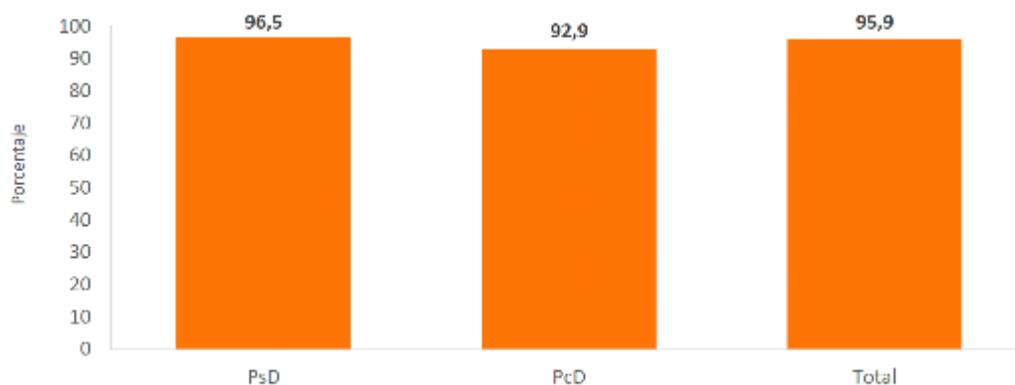
Chile posee una concentración desigual en la distribución geográfica de especialistas médicos, según estudio realizado por Superintendencia de Salud (SIS) el año 2022 (SIS, 2023), Chile cuenta con 30.698 médicos especialistas, un 3,5% (1.085) son oftalmólogos, un 2,2 % (654) otorrinos y un 7% (2.196) traumatólogos, los que cuentan con una concentración desigual a lo largo del territorio nacional, donde algunas regiones no cuentan con presencia de especialista, tal como es posible observarle en gráficos abajo adjuntos.

El Ministerio de Desarrollo Social y Familia con la colaboración del Servicio Nacional de la Discapacidad (Senadis) y el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), realiza la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia 2022 (ENDIDE) que tiene por objetivo estimar la prevalencia de la discapacidad y dependencia en Chile caracterizando el funcionamiento y las condiciones de vida relacionadas con estas variables en el territorio. A continuación, se muestra una síntesis de los principales resultados que refuerzan la necesidad del programa de servicios médicos de la Junaeb, entre otros (Mideso, 2023a).

- El 14,7% de los niños, niñas y adolescentes de 2 a 17 años presentan algún grado de discapacidad. Esto equivale a 587.709 niños, niñas y adolescentes a nivel nacional.
- El 10,0% de los niños, niñas y adolescentes de 2 a 17 años (399.209) presenta discapacidad severa.
- El 86,0% de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad recibió alguna atención de salud en los últimos 12 meses, no obstante, el 42,1% declara haber tenido problemas para conseguir cita o atención (hora) y un 35,1% señala haber tenido problemas para ser atendido en el establecimiento (demora en la atención, cambios de hora, etc.).
- El 18,7% de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad necesita más recursos de apoyo: un 12,8% no usa recursos de apoyo y declara necesitar alguno y un 5,9% usa recursos de apoyo, pero necesita alguno más.

**Figura 3. Tasa neta de asistencia a educación básica de la población de 6 a 13 años por situación de discapacidad**

**Población de 6 a 13 años**

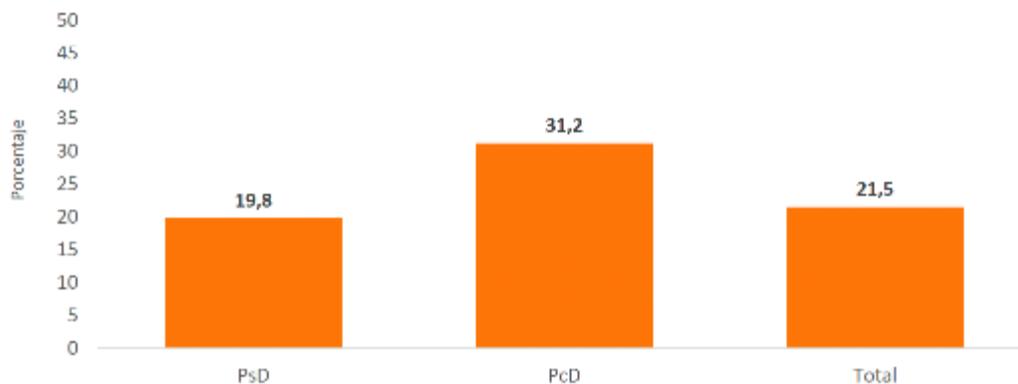


Nota: Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre NNA de 6 a 13 años sin y con discapacidad.  
 (\*) Tasa Neta de asistencia a educación básica: Número de niños entre 6 y 13 años que asisten a educación básica, dividido por la población entre 6 y 13 años.

Fuente. Mideso (2023a)

**Figura 4. Porcentaje de la población de niños niñas y adolescentes que utilizan algún dispositivo o recurso de apoyo\* por situación de discapacidad.**

**Población de 2 a 17 años**



Nota: Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la población de NNA sin y con discapacidad.  
 (\*) Listado de dispositivos o recursos de apoyo que los NNA utilizan, aparecen en pregunta N48: anteojos o lentes de contacto para ver de cerca o de lejos, audífonos, muleta(s) o bastón(es), andadores, silla de ruedas, bastón blanco o bastón guador, calzado ortopédico y/o plantillas, órtesis, prótesis, bipedestador, productos para transferencias (grúa de transferencias, tabla de transferencias u otros), equipos tecnológicos adaptados, programas de accesibilidad informática, tablero de comunicación o comunicador de caracteres, lupa, equipos para proporcionar oxígeno, entre otros.

Fuente. Mideso (2023a)

El diagnóstico que justifica el problema no se encuentra actualizado. El programa no cuenta con un mecanismo (consejo o comité como existe para el GES) que revise y actualice la realidad epidemiológica de NNA y su impacto sobre el desempeño e integración escolar<sup>119</sup>.

<sup>119</sup> El programa solo cuenta con la posibilidad de convocar y consultar a expertos/as para las afecciones oftalmológicas, auditivas y posturales. Estos profesionales especialistas en sus áreas colaboran con Junaeb en la actualización de los criterios técnicos y la normativa del programa.

De hecho, el programa declara “a fines de los años 80 sólo el 8% de los niños de primero básico era obeso contrastando con el 27, 3% al año 2023, según Mapa Nutricional JUNAEB” (Junaeb, 2024a) y esta situación no se encuentra abordada en la actualidad<sup>120</sup>. Sin embargo, en las OOTT 2024 dentro de las instancias a considerar el presente año corresponden a: “Refuerzo y sensibilización del componente de obesidad en las regiones involucradas” (Junaeb, 2024a).

## **I.2 Breve historia del programa**

El decreto 5.319 del 31 de octubre de 1928, crea la Superintendencia de Educación, la Dirección General de Educación Primaria y en cada comuna la “Junta Comunal de Auxilio Escolar”, de quienes dependen los inspectores de sanidad escolar, encargados de control y coordinación de los servicios de alimentación escolar, atención médica y dental de los/las estudiantes de educación pública. Dado que la salud-enfermedad-atención-cuidados y la educación están entrelazadas en forma inseparable, la buena salud es esencial para un aprendizaje eficaz y la educación es un medio poderoso de permitirle a los niños y niñas alcanzar y mantener la salud. La comisión mixta de salud y educación creada 1975 ha jugado un papel importante en la mantención de la relación de ambos sectores<sup>121</sup>. Aun cuando los programas de salud escolar nacieron en la década del 20 del siglo pasado, son oficializados junto con la institucionalidad de JUNAEB (1964) y cesan a partir del año 1973, y retornan en la década de los 90.

El programa está inserto en la Política Pública de Educación desde el año 1990 cuando se implementa el Proyecto Mejoramiento de la Calidad y Equidad financiado por el Banco Mundial (MECE) aplicado inicialmente a la enseñanza básica y luego a la media, “formaron la columna vertebral a partir de la cual se articularon otras iniciativas que sustentan finalmente la reforma educativa”. En 1992, se determinaron tres problemáticas de salud: visual, auditivo y postural, en base al daño (prevalencias), presentes en este segmento de la población, asociadas al desempeño e integración del proceso educativo.

Es importante señalar, que, en la década de 1990 niños y niñas entre 6 y 14 años representaban el 23% de la población, lo que equivale a más de 2 millones de estudiantes que no contaban con una política o programa público específico para resolver estas problemáticas de salud vinculadas al aprendizaje.

---

<sup>120</sup> El Subdepartamento de Salud escolar realizó un programa piloto que abordaba la obesidad infantil sin embargo dado los pocos logros no se le dio continuidad.

<sup>121</sup> Minsal (1997). Decreto 585 que crea las Comisiones Nacional, regional, provincial y local Mixta Asesora de Salud y Educación que se encargará de asesorar y coordinar las actividades que deben realizar conjuntamente los Ministerios de Salud y Educación y los organismos dependientes o que se relacionan con el Ejecutivo por intermedio de esas Secretarías de Estado, para el cumplimiento de los objetivos de interés común. Deroga el decreto exento N°2, de 15 de abril de 1991, del Ministerio de Salud que a su vez derogaba el Decreto Exento N°20 de 24 de agosto de 1984, que derogaba el decreto exento N°28, de 29 de Octubre de 1975.

**Figura 5. Salud escolar en Chile. 1872 - 1962**

### La Salud Escolar: Hitos Relevantes de su Historia

- ▶ **1872:** decreto que hace obligatorio la Enseñanza de la Higiene en los Colegios Nacionales.
- ▶ **1886:** Ley que establece las "Políticas Sanitarias".
- ▶ **1887:** Ley de la Vacuna Obligatoria y la Ordenanza General de Salubridad que establece una Junta General de Salubridad para presentar el programa en estas materias.
- ▶ **1892:** Ley que constituye el Consejo Superior de Higiene Pública, que establece la Comisión de Instrucción Primaria que debía fiscalizar la Higiene de las Escuelas.
- ▶ **Finales del siglo XIX,** fuerte ideología higienista en las armadoras Sanitarias.
- ▶ **1898:** se crea el cargo de Inspector Médico Escolar que recae en la Dra. Elena Díaz Desde el entonces:
  - ▶ Servicio Médico - Dental
  - ▶ Andenes Infantiles
  - ▶ Colonias Escuelas
  - ▶ Actividades
- ▶ **1906:** la Doctora Díaz publica su Libro "La Alimentación de los niños pobres en las Escuelas Públicas".
- ▶ **1911:** la Dra. Elena Díaz ejerce la Dirección del Servicio Médico Escolar de Chile, donde impulsa iniciativas como el desayuno escolar, la lucha contra el alcoholismo y la vacunación masiva.

Servicio Médico Escolar en carpeta

- ▶ Un examen a los estudiantes primarios.
- ▶ Análisis preventivos de las enfermedades prevenibles en los niños escolares.
- ▶ Obtención de facilidades para tratamiento de escolares enfermos o indigentes.
- ▶ Diagnóstico del profesorado, primario y entrega de licencias para enfermos.
- ▶ Asignación de las edificios escolares.

- ▶ Educación higiénica a profesores y estudiantes.
- ▶ Desayuno Escolar desnutrición y caquexia en niños atendidos por las escuelas.
- ▶ **1915:** se funda la Junta de Beneficencia Escolar para que menores indigentes asistiesen a las escuelas públicas.
- ▶ **Hasta 1928:** las prestaciones médicas en las escuelas estuvieron a cargo del Instituto de Salud Escolar dependiente del Ministerio de Educación.
- ▶ **Entre 1930 y 1970,** dependían de cada provincia y establecimiento educacional.
- ▶ **1952:** Ley 10.391 crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), responsable del fomento y protección de la salud y de las prestaciones médicas.
- ▶ **1962:** Ley 14.908 establece la obligación de los padres en la crianza de sus hijos.
- ▶ **1964:** Decreto Ley 15.720 crea la Junta de Medio Escolar y Escolar, Junta Desea ésto se pesquisaba en los colegios a estudiantes con una o más variables psicomotoras además de realizar Salud Oral y Colonias Escuelas que son los Componentes actuales.

Fuente: Junaeb (2017c)

**Figura 6. Salud escolar en Chile. 1968 - 2017**

- ▶ **1968:** Código Sanitario asegura atención médico-preventiva y dental para los estudiantes de establecimientos fiscales a través del SNS.
- ▶ **1973:** creación del Seguro de Accidentes Escolares.
- ▶ **1991-92:** Junaeb implementa el Programa de Salud Escolar bajo el plan del Proyecto de Mejoramiento de la Eficiencia y Calidad de la Educación (MECE) del Ministerio de Educación (Ministerio) para pesquisar y tratar problemas de salud relacionados con el entorno escolar. Otorga atención completa a escolares con problemas visuales, auditivos y de columna a través de screening, diagnóstico, exámenes, tratamiento y control médico. Se inicia también el Programa de Salud Oral.
- ▶ **1995:** la Organización Mundial de la Salud, OMS, lanza Las Escuelas Promotoras de Salud, que renuevan al entorno salud escolar para la actividad en conjunto, programas de salud asociados a prevención, promoción y educación para la salud, en la línea de "generar condiciones estables en el tiempo que promuevan estilos de vida saludables en el entorno educacional".
- ▶ **Finales de los 90:** Salud Escolar de Junaeb incorpora en mano a pie gestión, Habilidades para la Vida, HPV y más tarde, HPV-1, que actualmente se ordena estudiantil desde Educación Parvularia a 8º Básico. Programa que junto a Salud Oral y Servicios Médicos, conforman desde el 2002 a. Usan el término de Salud del Estudiante (DSE) de Junaeb.
- ▶ **2010:** se suma al DSE la Unidad de Polivalente, que reúne los Programas de Componentes (antenas Colonias) Escuelas Saludables para el Aprendizaje que funcionan desde 1996, Escuelas Votivas y Actividades Recreativo Culturales.
- ▶ **2017:** el Programa HPV comienza su extensión a Infancia Mejor.
- ▶ **2017:** la Unidad de Psicología suma a su oferta programática, Recursos Educativos



Fuente: Junaeb (2017c)

Las casi cuatro décadas de implementación del programa han demostrado que la solución de los problemas de salud vinculados a la escuela requiere de la participación de profesionales más allá del ámbito de salud, siendo necesaria la incorporación de otros sectores y alianzas estratégicas que son las que han realizado un aporte sustantivo, revitalizando el trabajo conjunto entre salud y educación.

Todas las enfermedades que aborda el Programa son de tipo silencioso, es decir generan síntomas y signos en las etapas más tardías, de tal forma que el/la estudiante no sabe ni se da cuenta que las padece, de ahí la importancia de detectarlas, tratarlas tempranamente y monitorear su evolución.

Actualmente el programa se enmarca en la Política del Mineduc de Reactivación Educativa Integral “Seamos Comunidad”<sup>122</sup>, específicamente con el eje de Revinculación y Garantía de Trayectorias Educativas<sup>123</sup>.

El Marco Normativo que regula directamente al programa es el siguiente (entre otros):

- Ley N°15.720 que crea la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas;
- Decreto Supremo N°5311, de 1968, del Ministerio de Educación que contiene el Reglamento General de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas;
- Decreto Ley N°180, de 1973, que declara en reorganización la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas;
- Decreto Supremo N°5, de 2018, del Ministerio de Educación que nombra en calidad de titular al secretario general de Junaeb;
- Resolución N°7 de 26 de marzo del 2019 que fija normas sobre exención del Trámite de Toma de Razón;
- Ley de Presupuestos del año en curso y sus modificaciones;
- Programa Asistencia Médica Parvularia, Básica y Media (Partida 09, Capítulo 09, Programa 02, Subtítulo 24, Ítem 03, Asignación 168, Glosa N.º 04);
- Normas de Control de Patologías de Otorrinolaringología 2017;
- Normas de Control de Patologías Oftalmológicas 2017;
- Manual de Gestión de Coordinadores Comunes 2009;
- Normas de Control de Patologías Ortopédicas 2007;
- Manual de Salud Escolar;
- Orientaciones Técnico-Programáticas año 2024;
- Protocolo Minsal Junaeb Control de Salud Infantil y Control Salud Joven Sano;
- Resolución Exenta N.º: Dn-01640/2024, establece nueva estructura del Departamento de Bienestar Estudiantil y crea el Subdepartamento de Salud Estudiantil, Junaeb.

### **I.3 La salud escolar**

En 2017, el programa publica “La Salud Escolar”, la que se define como una instancia que permite entregar las mejores condiciones para que niños, niñas y adolescentes puedan acceder y permanecer en la escuela, disfrutando de una educación de calidad que les permita alcanzar el máximo de sus capacidades para contribuir integralmente al desarrollo de la comunidad, y evitar cualquier forma de discriminación o maltrato en el contexto educativo. Sin embargo, condiciones de inequidad y discriminación basadas en el género, clase social, etnias, migrantes, orientación sexual, situaciones de discapacidad u otras, pueden complicar el acceso igualitario y generar efectos dañinos en el

---

<sup>122</sup> Documento que señala ejes de desarrollo que responden a los efectos que la pandemia provocó en las comunidades educativas y sus integrantes. Por otra parte, señala que el actual contexto es también una oportunidad para avanzar en las transformaciones profundas que el sistema educativo requiere para lograr un cambio de paradigma educativo y avanzar hacia la justicia educativa que el Gobierno liderado por el presidente Gabriel Boric se ha propuesto. La Política propone abordar los efectos de la pandemia en las comunidades educativas desde una mirada sistémica, integral, contextualizada y estratégica, con un enfoque intersectorial y participativo. Para ello, se ponen a disposición del sistema educativo un conjunto de recursos, dispositivos y conocimientos, organizados y financiados desde el Estado y, a la vez, se promueve una gestión descentralizada con alto protagonismo de las comunidades escolares en el diseño de sus planes estratégicos de reactivación integral. De esta forma, se ha orientado que la planificación del PME del año 2022 se centre en la reactivación educativa (Mineduc, 2022).

<sup>123</sup> Este eje se propone garantizar integralmente las trayectorias educativas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, implementando un sistema de garantía de la continuidad y trayectoria educativa integral, con expresión nacional, regional, territorial y en cada centro educativo. Se pone especial énfasis en el acceso, revinculación, retención y acompañamiento para la finalización de estudios de aquellos niños, niñas y adolescentes excluidos de la educación formal o en potencial interrupción de su trayectoria educativa.

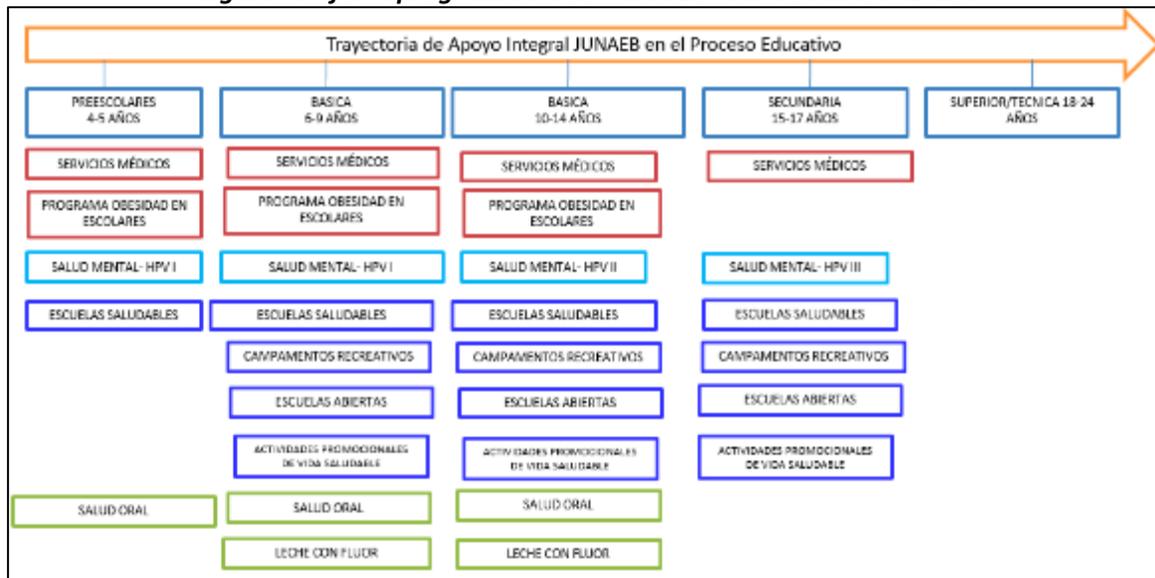
desarrollo biopsicosocial en la niñez y mantenerse como problemáticas en la edad adulta. La Salud Escolar, entonces, favorece la igualdad en el acceso a la actividad educativa, la equidad en la permanencia y la inclusión en el más amplio sentido (Junaeb, 2017c).

**Figura 7. Salud en la escuela según Junaeb**



Fuente: Junaeb (2017c)

**Figura 8. Oferta programática de Salud Escolar de Junaeb. 2023.**



Fuente. Programa

El programa está dirigido a estudiantes de establecimientos educacionales municipales y particulares subvencionados incluyendo escuelas especiales, focalizando tres patologías y en los siguientes cursos: Oftalmología: Nivel Transición 1 (NT1), NT2, 1° y 6° Básico; Otorrinología: NT1, NT2 y 1° Básico; Ortopedia: 7° Básico.

**Figura 9. Criterios para la implementación del Programa**



Fuente: Junaeb (2017c)

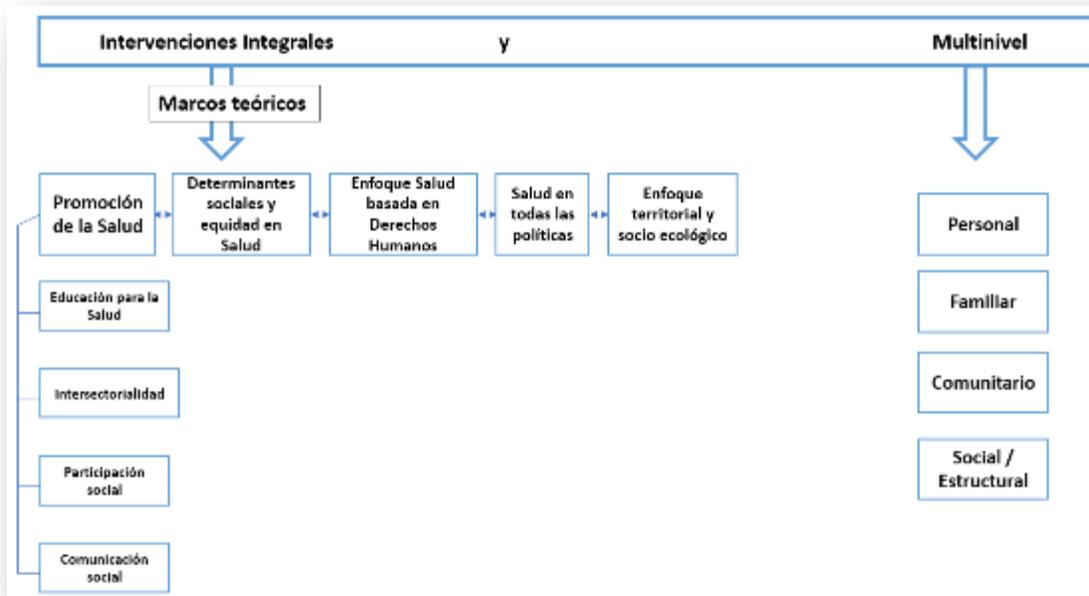
El programa promueve la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y vigilancia durante toda la trayectoria educativa. También, el trabajo en redes intersectoriales, comunales y locales con centro en la escuela. Tiene sustento técnico a través de mesas de expertos/as. Cuenta con bases de datos sobre daño, diagnóstico y tratamiento de escolares y preescolares.

Se privilegia la continuidad de tratamiento de estudiantes que son parte del programa, por lo cual son atendidos en primeras instancias quienes se encuentren adscritos y tengan indicación de control anual, posteriormente se atienden estudiantes nuevos con ratificación de necesidad de atención por tamizaje o confirmación de la red comunal de salud, atendiendo coberturas asignadas por región, comuna, establecimiento en base a disponibilidad de recursos.

Se destaca el desafío de la integración intersectorial con foco de salud en todas las políticas, ya que el programa se constituye en una forma concreta en que el Estado de Chile se hace cargo de dicho desafío.

El programa busca, a partir de los marcos teóricos utilizados, intervenciones integrales dirigidas a impactar en distintos niveles de la sociedad (multinivel): persona, familia, comunidad y sociedad (ver esquema siguiente).

Figura 10. Esquema de acción del Programa



Fuente: Elaboración propia

#### I.4 La cobertura y la equidad

En términos de diseño, se debe recordar que entre los problemas que dificultan el acceso igualitario y la permanencia en el sistema educacional, se pueden destacar algunos problemas de salud de alta prevalencia, como el nutricional, salud bucal, déficits sensoriales, específicamente los visuales y auditivos, déficits posturales y problemas psicosociales. Este programa de Junaeb destaca como el único con un enfoque resolutivo que ofrece un conjunto integrado de prestaciones y servicios desde la pesquisa al tratamiento. El programa, además, refuerza las acciones del Minsal, lo que abre la posibilidad de evaluar si las medidas implementadas por este último en establecimientos educacionales deberían ser transferidas en su totalidad a Junaeb. Para tomar una decisión informada, será necesario realizar otro tipo de evaluación comparativa de las intervenciones de ambas instituciones.

El programa se declara universal dado que está diseñado para ser utilizado por cualquier estudiante de establecimiento subvencionado por el Estado, sin hacer ninguna distinción en la seguridad social en salud que tenga su grupo familiar (Fonasa, Isapre o FFAA).

Sin embargo, existen evidencias de que el programa no es universal, está focalizado, ya que deja algunas poblaciones fuera de su accionar:

- Población escolar y preescolar de colegios particulares pagados.
- Población escolar y preescolar de establecimientos subvencionados por el estado que no se adscriben / no ingresan al programa<sup>124</sup>.
- Población escolar de cursos no focalizados<sup>125</sup>.

Además, el programa presenta problemas de cobertura efectiva respecto de la población potencial a la que atiende: población escolar y preescolar de establecimientos subvencionados por el estado, tales como:

- Establecimientos que no adscriben al programa
- Cursos no focalizados dentro de los establecimientos adscritos<sup>126</sup>
- Comunas que no tienen establecimientos adscritos<sup>127</sup>
- Preescolares y escolares que son derivados desde la APS y no son atendidos por problemas de priorización y/o de recursos presupuestarios.

En tal sentido, el programa en las OOTT 2025, insta a realizar una programación de atenciones y tratamientos, rigurosa técnicamente, con datos reales de la región sustentados en el análisis de antecedentes y parámetros específicos. Señalando que es probable que las coberturas y valores excedan el presupuesto asignado. Un adecuado manejo implica por parte de cada equipo regional elaborar y contar con una programación real que, desde el punto de vista programático, refleje con claridad las brechas concretas en cuánto a coberturas y presupuesto, aspecto fundamental que dice relación con la calidad y manejo técnico para fundamentar con todos los respaldos, el cómo se ha determinado dicha brecha<sup>128</sup>.

Por otra parte, existen brechas muy marcadas en los establecimientos de SLEP y particulares subvencionados, que se muestran a continuación:

---

<sup>124</sup> Existe la posibilidad de ingreso a través del mecanismo de libre demanda que no es significativo en cuanto a volumen de personas y es una modalidad que se deja de realizar cuando hay restricciones presupuestarias.

<sup>125</sup> El programa contempla ingreso de estudiantes de cursos no focalizados como libre demanda.

<sup>126</sup> El programa contempla ingreso de estudiantes de cursos no focalizados como libre demanda.

<sup>127</sup> El programa contempla ingreso de estudiantes de establecimientos no ingresados como libre demanda.

<sup>128</sup> El programa propone en las OOTT evitar una programación anual sin haber efectuado el análisis anterior y considerar solamente el presupuesto asignado para el año, tomando de referencia el último año, a partir del cual se ajusten los parámetros haciendo calzar de esta manera las coberturas y el presupuesto.

**Tabla 5 . Establecimientos adscritos al programa. 2023**

<b>ANTECEDENTES</b>	<b>MUNICIPAL</b>	<b>P. SUBV.</b>	<b>SLE</b>	<b>TOTAL</b>
2023	4.412	5.481	631	10.524
(sin Establecimientos Particular Pagadas)				
SSMM 2023	4.399	2.853	8	7.260
<b>%</b>	<b>99,7</b>	<b>52,0</b>	<b>1,2%</b>	<b>68,9</b>

Fuente SIGE JUNAEB octubre 2023/ Informática JUNAEB 2023 SSMM.

Fuente: Programa

No obstante que el programa tiene dentro de sus marcos orientadores el de los Determinantes Sociales de la Salud y de Equidad, y que se han realizado permanentes esfuerzos para la realización de progresos en torno a la equidad en la implementación de este, la situación observada plantea áreas de déficits de equidad en el desarrollo del programa (ver sección 3.2).

El Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras a servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2017)<sup>37</sup>, plantea que se presentan situaciones que se transforman en barreras para que la población que debe beneficiarse de las intervenciones planificadas lo hagan de manera real o efectiva. Las intervenciones no solo deben estar disponibles, también deben ser aceptadas por la población objetivo, deben ser utilizadas por las personas, deben resultar satisfactorias para los/as usuarios/os. Por otra parte, los aspectos de gestión deben procurar señalar las metas más altas para que las propias planificaciones potencien el logro de la cobertura efectiva. Dicho modelo sirve para esquematizar una curva de cobertura que permite visualizar las barreras para el logro de la equidad teórica del Programa.

Un programa como este que pretende aumentar las oportunidades en la educación para la población más vulnerable debe tener una especial preocupación por analizar cuáles son las barreras que existen para abordarlas y lograr que la cobertura efectiva mejore. En el esquema anterior se visualizan algunos elementos necesarios a tener en cuenta a la hora de realizar dicho análisis dese el enfoque de equidad, tales como: la adscripción voluntaria, la pérdida de casos desde que son pesquisados a que son tamizados, desde que son tamizados a que deben ser atendidos y desde que son atendidos a que reciban el tratamiento. Las barreras pueden ser muy diversas, pero las que se mencionaron en las entrevistas se refieren fundamentalmente a aspectos relacionados con: la ruralidad, la vulnerabilidad social, la pérdida de confianza por la excesiva demora en conseguir la atención y luego el tratamiento, la pérdida de adhesividad por mala calidad de algunos tratamientos. etc.

En 2023, Mideso realizó un análisis del bienestar en la población de 17 años o menos (Mideso, 2023b), a través de un instrumento de medición denominado KIDSCREEN. En el marco de ENDIDE, dicho instrumento se implementó en su versión de 27 preguntas y cinco dimensiones, conocido como KIDSCREEN-27. El instrumento fue administrado, de manera autoaplicada, a niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años.

Entre los principales resultados encontrados a través del KIDSCREEN-27, destacan las diferencias según sexo, pertenencia a pueblos indígenas, situación de discapacidad y grupo etario. En efecto, las niñas, las personas en el grupo etario de 14 a 17 años, las personas que declaran pertenecer a algún pueblo indígena y los niños, niñas y adolescentes con algún grado de discapacidad, presentan menores niveles de calidad de vida en algunas o en todas las dimensiones analizadas mediante este instrumento.

No se observa con claridad la relación negativa que existe en la literatura entre el nivel socioeconómico y el bienestar y calidad de vida de niños, niñas y adolescentes, a excepción de algunas dimensiones como el bienestar físico y en las brechas observadas entre el quinto quintil y el resto de los grupos, en algunas de las dimensiones.

Finalmente, las personas con algún grado de discapacidad presentan menores niveles de bienestar y calidad de vida en las cinco dimensiones observadas. Además, presentan las mayores brechas que las observadas entre otros grupos de la población, en todas las dimensiones. Los datos señalan que la mayor brecha se presenta en la dimensión de bienestar psicológico. La menor brecha se estimó en la dimensión en relación de pares y apoyo social, pero esta es de más de 5 puntos porcentuales, lo que excede las brechas observadas entre cualquier otro subgrupo aquí estudiado.

## Pandemia y el programa

El panel evalúa que la pandemia generó un punto de inflexión en la gestión del programa impactando en la cobertura efectiva y en la oportunidad (calidad) de sus resultados.

La pandemia, como en muchos otros programas sociales de nuestro país, resultó significativamente afectado por la pandemia. La imposibilidad de realizar actividades presenciales y las disminuciones de recursos presupuestarios fueron los contextos que acompañaron la ejecución del programa en 2020, 2021 y parte de 2022.

**Tabla 6: Población Potencial y Objetivo Período 2021-2024**

Año	Población Potencial según prevalencias	Población Objetivo	Población Objetivo respecto de la Potencial (%)
2021	336.984	175.522	52%
2022	337.110	183.759	55%
2023	335.355	254.954	76%
2024	330.275	219.218	66%
% Variación 2021-2024	-2,0%	24,9%	27,4%

Fuente: Elaboración propia

La población potencial en el periodo en evaluación disminuyó un 2%, mientras que la población objetivo aumentó en un 25%. Esto se debe a un aumento en la adscripción al programa durante el periodo de evaluación y a una baja matrícula de los/las estudiantes en los establecimientos educaciones desde pandemia.

Todo lo anterior se evidencia en la existencia de listas de espera o en tiempos de espera prolongados para la obtención de atención y tratamiento. El programa informa que, al cierre del presente informe, mantiene un “rezago” o lista de espera de 179.079 prestaciones (Junaeb, 2025):

1. Tamizajes: existe un total de 59.982 estudiantes con tamizajes pendientes, este año el programa cubre un 63% de la demanda total que se estiman son 103.119 estudiantes
2. Atenciones Médicas: existe un total de 56.816 estudiantes con atenciones médicas pendientes donde la cobertura de este año fue de un 70% del total que se estiman son 130.754 estudiantes.
3. Tratamientos: existe un total de 62.281 estudiantes con tratamientos pendientes, este año el programa cubre un 69% del total que se estiman son 138.245 estudiantes.

Como se puede apreciar en la tabla siguiente, el programa tuvo una fuerte caída de la pesquisa el año 2020 producto del inicio la pandemia, de la cual se ha ido recuperando en años posteriores, pero sin alcanzar los niveles prepandemia. Sin embargo, en el año 2024 se presenta una caída respecto del año anterior, lo que ha sido explicado por el Programa como una estrategia para disminuir la brecha de estudiantes rezagados (pesquisados en años anteriores pero que no han sido atendidos) producto de las restricciones presupuestarias. El panel considera que esta estrategia es razonable en el corto plazo frente a una restricción presupuestaria, pero se estaría generando una brecha latente de estudiantes no pesquisados.

**Tabla 7: N° de Estudiantes pesquisados con sospecha de patología Años 2019-2024**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Columna</i>	57.051	11.099	30.232	35.691	49.154	39.721
<i>Oftalmología</i>	130.028	16.897	70.880	71.486	120.764	35.023
<i>Otorrino</i>	60.508	8.008	27.163	37.779	49.073	38.281
<i>Total</i>	247.587	36.004	128.275	144.956	218.991	113.025

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

En el tamizaje se observa un patrón similar a la pesquisa, con una caída en la pandemia y posterior recuperación. En el periodo en estudio (2021 – 2024) se observa un crecimiento total de 16% en el total de tamizajes, pero con diferencias por especialidad: columna crece un 32%, otorrino un 96%, pero oftalmología disminuye un 24%. Esta disminución se debe solo al año 2024, en que la producción es prácticamente la mitad de la del año anterior, quebrando la tendencia al alza de los años anteriores. Lo anterior se explica por la disminución de las pesquisas referida anteriormente, la que afectó proporcionalmente a oftalmología más que a las otras especialidades.

**Tabla 8: N° de Número de estudiantes tamizados y resultado Años 2019-2024**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b><i>Columna</i></b>	<b>59.115</b>	<b>8.371</b>	<b>26.693</b>	<b>31.510</b>	<b>34.167</b>	<b>35.195</b>
<i>Alterado</i>	14.118	3.109	9.311	11.877	13.562	15.716
<i>Sano</i>	44.997	5.262	17.382	19.633	20.605	19.479
<b><i>Oftalmología</i></b>	<b>101.085</b>	<b>7.127</b>	<b>45.747</b>	<b>44.429</b>	<b>67.786</b>	<b>34.902</b>
<i>Alterado</i>	47.047	3.584	25.513	25.858	38.142	18.670
<i>Sano</i>	54.038	3.543	20.234	18.571	29.644	16.232
<b><i>Otorrino</i></b>	<b>47.252</b>	<b>2.616</b>	<b>17.252</b>	<b>26.215</b>	<b>31.313</b>	<b>33.822</b>
<i>Alterado</i>	11.825	653	5.300	7.397	10.709	10.824
<i>Sano</i>	35.427	1.963	11.952	18.818	20.604	22.998
<b><i>Total general</i></b>	<b>207.452</b>	<b>18.114</b>	<b>89.692</b>	<b>102.154</b>	<b>133.266</b>	<b>103.919</b>

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

En general se evalúa positivamente el aumento en la producción del componente 2, aunque se observa que aún está lejos de sus niveles prepandemia, sobre todo en tamizaje.

En el componente 3, para el periodo 2021 – 2024 se observa un sostenido crecimiento (145% en consultas totales) destacándose el área de columna, que recuperó su nivel prepandemia, lo que se evalúa positivamente. El siguiente cuadro muestra el número de ingresos (primera consulta) por año.

**Tabla 9: N° de Ingresos Años 2019-2024**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Columna</i>	10.367	773	3.816	5.265	9.860	10.776
<i>Oftalmología</i>	51.380	4.575	16.763	13.839	24.695	39.905
<i>Otorrino</i>	10.352	655	3.591	4.051	5.160	8.597
<i>Total</i>	72.099	6.003	24.170	23.155	39.715	59.278

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

En el periodo 2021 – 2024 se observan tendencias distintas en el número de estudiantes que reciben control según cada especialidad. Mientras que las atenciones de columna aumentan significativamente, las de oftalmología muestran una tendencia a la baja y las de otorrino se mantienen relativamente constantes. De acuerdo al programa,

la disminución en controles de oftalmología se produce por la disminución presupuestaria, ya que se tomó la decisión de disminuir la brecha de tamizajes acumulados por rezago producto de la pandemia, provocando un aumento de ingresos en el año siguiente, reduciendo coberturas para atenciones médicas de control-

**Tabla 10: N° de estudiantes que reciben control. Años 2019-2024**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Columna</i>	8.724	2.592	4.489	4.100	5.789	7.699
<i>Oftalmología</i>	95.808	34.291	67.124	47.189	57.532	55.710
<i>Otorrino</i>	10.730	3.143	6.538	5.916	5.011	6.621
<i>Total</i>	115.262	40.026	78.151	57.205	68.332	70.030

Fuente: Elaboración propia con datos JUNAEB

También, desde la pandemia el programa realiza prestaciones vía Telesalud para las atenciones de traumatología, así como para prestaciones de Tele rehabilitación (PAC, algunas sesiones de PAA y sesiones de kinesiología), previa coordinación y aprobación de parte de Junaeb con aquellos prestadores que manifiesten la intención y necesidad de realizarla. El modelo de atención programa de servicios médicos para periodo de emergencias (2020-2022):

- a. Tele pesquisa y sensibilización tamizaje: La estrategia de tele pesquisa, orientada a padres y apoderados y generada en pandemia, con el respectivo respaldo de expertos se mantiene como una opción para proveer agilidad, oportunidad y atención a los estudiantes y sus familias ante escenarios sanitarios que obliguen a mantener las escuelas cerradas. Contempla capacitar y habilitar a padres, madres y apoderados, en la toma de agudeza visual, la aplicación de encuesta auditiva y, su registro respectivo y pesquisa de traumatología. Para ello se desarrolló una serie de materiales de capacitación, videos preparados para habilitar en pesquisa en las tres especialidades médicas, encuesta de detección temprana para apoderados, en problemas de columna.
- b. Telesalud y Tele Rehabilitación: involucra la entrega de servicios de salud usando las TICs, Todas las atenciones deben previamente contar con consentimiento informado, para lo cual el prestador médico debe enviar por correo electrónico al apoderado del estudiante el consentimiento informado que deberá ser firmado por este último y devuelto al prestador vía correo electrónico, junto con una foto por ambos lados de su cédula de identidad. En caso de que el apoderado no tenga acceso a correo electrónico, éste podrá escribir su consentimiento, firmarlo y enviar una foto de éste por WhatsApp junto con una foto de su cédula de identidad por ambos lados.
- c. Orientaciones Técnicas que regulan y establecen los instrumentos, protocolos apropiados a cada especialidad, la que incluye la aplicación de pauta de satisfacción. Además, de la modalidad de supervisión vía virtual si así se requiere.
- d. Normativa, incorpora modificaciones a los contratos vigentes con la red de proveedores incorporando las condiciones y protocolos establecidos en la atención de Telesalud y Tele Rehabilitación. Además de modificar las bases licitatorias de los servicios y tratamientos médicos, incorporando la modalidad virtual cuando aplique.

El último año 2022, se utilizó un modelo híbrido, presencialidad/telemedicina.

Han existido quiebres de stock en ayudas técnicas que dependen de mercados internacionales, producto de que no cuenta con el stock suficiente para cumplir con los pedidos especialmente en períodos de emergencias, para el COVID existió un quiebre de stock por cierre ante pandemia.

El presupuesto del programa es una asignación fija, lo que, sumado a la reducción presupuestaria (fundamentada por años de pandemia, subejecuciones en años anteriores y foco en otras acciones de salud escolar, no servicios médicos) y al aumento de los costos generales de la economía, ha resultado en una cobertura inferior a la meta.

## ANEXO 6. Marcos Teóricos del Programa

En el siguiente Anexo, se describen en detalle los principales marcos teóricos y conceptuales utilizados por el Programa en su diseño.

Desde el inicio del Programa en 1992, este se ha sustentado en Marcos Teóricos que justifican su implementación y desarrollo. El panel procede a sistematizar y robustecer los Marcos Teóricos del Programa, junto con agregar elementos teóricos que ayudan a la justificación del Programa. Todos estos Marcos están presentes tanto en el diseño como la implementación del Programa.

### A. Promoción de Salud

En el año 1942, Henry Sigerist, concibió cuatro funciones de la medicina: Promoción de la Salud; prevención de la enfermedad; restauración del enfermo y la rehabilitación. Fue el primero en usar el término de “Promoción de la Salud”, para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria y a las acciones del estado para mejorar las condiciones de vida<sup>129</sup>.

Existen muchas definiciones de promoción de salud:

- “Es un proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”. Piedra angular de la atención primaria y función básica de la Salud Pública”. Se definen los 4 pilares de la Promoción de la Salud<sup>130</sup>: Educación para la salud / Acción intersectorial / Participación Social / Comunicación Social
- En la Declaración de Alma Ata<sup>131</sup>, en donde se plasmó la estrategia de la Atención Primaria de Salud, aparecen varios elementos propios de la Promoción de la Salud: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes, la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos éstos; exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros disponibles, y con tal fin desarrolla, mediante la educación apropiada, la capacidad de las comunidades para participar.
- La 4ª Conferencia global sobre Promoción de Salud revisó la Carta de Ottawa, debatió las estrategias críticas para avanzar con este compromiso y propuso una alianza global para promover salud y calidad de vida: Responsabilidad social en salud; Participación comunitaria; Inversiones en el campo de la salud, infraestructura para la promoción de salud; Reorientación de los servicios de salud<sup>132</sup>.
- “La promoción de salud se centra en el empoderamiento, el fomento de habilidades y capacidades y en la contribución al desarrollo sostenible mientras que la prevención gira en torno a evitar la ocurrencia de enfermedades y detener su progresión”<sup>133</sup>.

<sup>129</sup> Helena E. Restrepo, Hernán Málaga. “Promoción de Salud: Cómo construir Vida Saludable”. Editorial Médica Panamericana S.A. 2001.

<sup>130</sup> OMS. Carta de Ottawa, 1986. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

<sup>131</sup> OMS. Declaración de Alma Ata. 1978.

<sup>132</sup> OMS. Declaración de Yakarta, sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. 1997. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf)

<sup>133</sup> Breslow, L. From disease prevention to health promotion. JAMA. 1999 Mar 17;281(11):1030-3. doi:10.1001/jama.281.11.1030.

- “La promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las Políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos” <sup>134</sup>.
- Como una función esencial de salud pública, es en sí misma una propuesta de desarrollo que incorpora una mirada social y valórica<sup>135</sup>.
- “Proceso mediante el cual se crean capacidades para que los individuos y comunidades ejerzan un mayor control sobre los determinantes de la salud<sup>136</sup> y de este modo puedan mejorarla”. Reconoce a la persona como sujeto con derechos y deberes, y al usuario como centro del quehacer del sector salud. Constituye un proceso político y social global, que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas. <sup>137</sup>
- Otros promotores de la salud conciben que la promoción de la salud puede coadyuvar a crear las condiciones para que la población tome conciencia y actúe colectivamente en las causas fundamentales de sus problemas de salud. Para hacer esto, crean espacios de análisis crítico de la realidad y utilizan las llamadas pedagogías liberadoras<sup>138</sup>.

En 2016, en la Conferencia de Shanghái<sup>139</sup>, China, se ratifican las “Condiciones para la promoción en salud”:

- 1.- Prerrequisitos de la salud: Paz, educación, alimentación, vivienda, renta, justicia social, equidad y ecosistema estable.
- 2.- Promocionar el concepto: que las condiciones sean favorables para la promoción.
- 3.- Proporcionar los medios: que permitan a la población desarrollar al máximo su salud potencial.
- 4.- Compromisos claves para la promoción:
  - Componente primordial de la agenda de desarrollo mundial
  - Responsabilidad esencial de todo gobierno
  - Un objetivo de la comunidad y sociedad civil
  - Requisito de las buenas prácticas empresariales

Para el Ministerio de Salud de Chile y el Programa, la promoción de la salud **“es un proceso mediante el cual las personas familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas”**. Se incluyen acciones de educación, prevención y fomento de la salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía<sup>140</sup>, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir sanamente. En la actualidad a nivel global, las acciones en promoción de la salud buscan modificar los entornos construyendo oportunidades para que las personas puedan desarrollar una vida más saludable<sup>141</sup>.

La promoción de la salud es algo más que procurar cambiar los “estilos de vida individuales” ya que “los estilos de vida no son sólo el resultado de elecciones voluntarias y de carácter individual, ya que las opciones son a menudo influidas, e incluso obligadas, por las condiciones ambientales, incluidas las estructuras

<sup>134</sup> OMS. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. México. 2000. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf?ua=1)

<sup>135</sup> DiClemente RJ, Crosby RA, Kegler M, editores. Emerging Theories in Health promotion Practice and Research. Strategies for Improving Public Health. Jossey-Bass; 2002.

<sup>136</sup> Los determinantes sociales son parte de otro marco teórico que sustenta al Programa. Ver más adelante.

<sup>137</sup> OMS. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. 2005. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)

<sup>138</sup> Guzmán Pizarro, Lourdes (coordinadora). Introducción a la Promoción de la Salud. Universidad Autónoma de la Ciudad de México. 2014.

<sup>139</sup> OMS. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2016. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf?ua=1#:~:text=Reunidos%20del%2021%20al%2024,sus%20Objetivos%20de%20Desarrollo%20Sostenible>

<sup>140</sup> Entendiendo la abogacía como el proceso de influir en las personas o grupos para generar un cambio, que busca incrementar el poder de las personas y los grupos, así como hacer que las instituciones respondan a las necesidades de una comunidad.

<sup>141</sup> MINSAL. Informe de cierre de Planes Trienales de Promoción de la Salud 2016-2018. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Depto. Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Subsecretaría de Salud Pública. Febrero de 2019.

sociales, culturales, políticas, los entornos físicos y económicos”<sup>142</sup>. Lo anterior es profundizado en el acápite de Determinantes Sociales de Salud.

## **Pilares de la Promoción en Salud**

Según la OMS la Promoción de la Salud se sustenta en cuatro pilares: Participación Social, Educación para la Salud, Trabajo Intersectorial y Comunicación Social.

### **Participación Social**

A continuación, se detalla la definición que es manejada por la OPS<sup>143</sup>: “Proceso mediante el cual grupos, organizaciones, instituciones y sectores de la comunidad intervienen en la identificación de las necesidades y actúan conjuntamente para diseñar y ejecutar las soluciones o las acciones adecuadas.” “La participación social tiene como prioridad la construcción de capacidades, la capacidad de la comunidad para analizar y priorizar sus necesidades, formular y negociar sus propuestas. Se trata de construir lazos de solidaridad, de reconocer la informalidad y flexibilidad de los grupos sociales, de fomentar el intercambio de saberes, el compartir historias y experiencias; y de comprender la incorporación de lo social”.

La participación de la población no se da en el vacío, sino que requiere incentivos que la motiven, que se tomen en consideración sus necesidades y problemas y se habiliten oportunidades de participar para los grupos que no han participado de forma activa en ámbitos relacionados con la salud. En términos concretos, la Promoción de la Salud requiere generar mecanismos de participación de la comunidad, ya que es ésta la que se enfrenta a los problemas de salud y es, por lo mismo, quien puede fortalecer los factores protectores de la salud en todos sus ámbitos, densificando las redes sociales y la asociatividad en los territorios; en otras palabras, lo que se busca es fortalecer el capital social comunitario. Este se refiere a las redes y recursos con que cuentan los grupos sociales y las comunidades para resolver sus problemas de salud. Es decir, se busca fortalecer el rol de la comunidad, traspasando poder y superando la tradicional concepción funcional o instrumental de la participación, aprovechando sus propias herramientas y capacidades, como, por ejemplo, la confianza en la comunidad, las prácticas de reciprocidad (intercambio de favores), de solidaridad (apoyo comunitario), los liderazgos de la comunidad, la fortaleza de sus organizaciones, entre otros<sup>144</sup>.

Según expertos, el diseño de políticas con y para la comunidad es un imperativo de la gestión local, a la hora de apuntar hacia un municipio y comuna saludable. Los contenidos de las políticas de calidad de vida deben surgir de las personas que habitan el territorio. Si bien, las dinámicas y motivaciones de participación han cambiado con el tiempo, los mecanismos de opinión y de generación de capital social deben estar acordes a los tiempos actuales (mayor tecnología, redes sociales, etc.) y esos aspectos, de acuerdo con lo que señalan los actores relevados, deben ser considerados al momento de planificar y gestionar acciones de promoción de la salud integral.

Este marco teórico plantea que, para lograr el fortalecimiento del empoderamiento ciudadano, es crucial facilitar la participación ciudadana, en todos sus niveles (informativa, consultiva, gestora y de empoderamiento), incentivando la organización social y el surgimiento de líderes sociales, para lo cual es necesario<sup>145</sup>. Una de las clasificaciones que

---

<sup>142</sup> MINSAL. Estrategia Nacional de Salud: para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. 2011 <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

<sup>143</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Paltex; 1999. <http://paltex.paho.org/bookdetail.asp?bookId=PXE41>

<sup>144</sup> MINSAL. Orientaciones para la elaboración de planes trienales de promoción de la salud para municipios comunas y comunidades saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2016.

<sup>145</sup> Fernández M, Ochsenius C, Cancino A, Donoso B, Salinas J, editores. Buenas Prácticas de Promoción de Salud y Participación Ciudadana. Ministerio de Salud Chile, Universidad de Los Lagos. Santiago de Chile: Gráfica LOM; 2008. 113 p.

da cuenta de los diferentes niveles de participación que se pueden dar en la realidad y que permite clarificar que la entrega de información cuando es de alta calidad es el punto inicio de la participación comunitaria<sup>146</sup>.

**Cuadro 1 - Escala de los niveles de participación de Hambleton y Hogget**

Nivel	Tipo desagregado	Tipo agregado
12	Control independiente	Control ciudadano
11	Control basado en la confianza	
10	Control delegado	Participación ciudadana
9	Co – participación	
8	Descentralización limitada	
7	Consejos de asesoría efectiva	
6	Consulta genuina	
5	Información de alta calidad	
4	Cuidado ciudadanía	No participación
3	Información pobre	
2	Consulta Cínica	
1	Decepción ciudadana	

Fuente: Hambleton, S. y Hoggett, P. (1994)

La participación activa de la comunidad es un principio básico del derecho social, que favorece la cohesión e interacción de los miembros de una comunidad. Tal como se señala en la Carta de Ottawa<sup>147</sup>, es vital la activa participación de la comunidad en los asuntos que afectan a la salud, en contraposición a comunidades simplemente receptoras pasivas de intervenciones profesionales. El principio del enfoque participativo en la salud es el empoderamiento de las comunidades, y el fortalecimiento de su capacidad para tomar decisiones, así como, impulsar medidas de colaboración recíprocas.

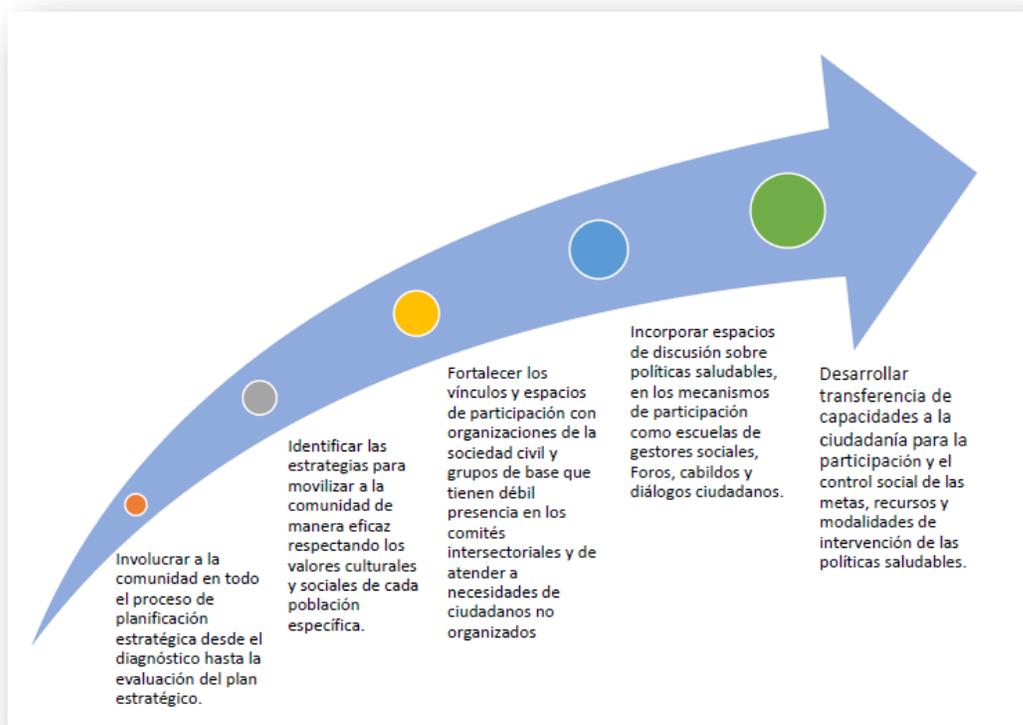
En el caso de Promoción de Salud, la experiencia internacional indica que la participación ciudadana es necesaria para mejorar la focalización de los recursos invertidos, en tanto la comunidad tiene un rol fundamental en el diagnóstico de sus propias necesidades. Por ello, la implementación de las estrategias debe incorporar a la ciudadanía con un rol definido. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que sean eficaces<sup>148</sup>.

La comunidad es el espacio clave para desarrollar con las personas, acciones para hacer frente a los desafíos que afectan su salud. Independientemente del método utilizado, intervenciones comunitarias exitosas dependen de una identificación y comprensión de los problemas y un reparto del poder entre la comunidad y los sectores que interactúan en ella.

**Figura 1 - Escala de los niveles de participación de Minsal**

<sup>146</sup> Hambleton, S. y Hoggett, P. (1994). A framework for understanding area-based desentralisation, Local Government. Policy Marketing, 20 (4), 5-12.

<sup>147</sup> OMS. Carta de Ottawa, 1986. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>



Fuente: MINSAL <sup>149</sup>

## Intersectorialidad

Concepto que está presente desde Alma Ata (1978) con el impulso de la Estrategia de Atención Primaria que destacaba la intersectorialidad y participación social como los ejes claves del desarrollo local. El concepto de intersectorialidad se define como la “intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” <sup>150</sup>. “La coordinación intersectorial se expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta” <sup>151</sup>.

Por tanto, se entiende como una relación reconocida entre salud y otros sectores, que se establece para resolver un problema o para lograr resultados, en forma efectiva, eficiente y sustentable. Dado que los resultados en salud dependen en gran parte de las acciones e intervenciones de otros sectores sociales, no es posible resolver los problemas de calidad de vida de la población, sólo desde el sector salud. Teniendo en cuenta, que si las causas de las

<sup>149</sup> MINSAL. Orientaciones político-estratégicas para el gobierno local avanzando hacia políticas públicas locales para el bienestar colectivo. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2017.

<sup>150</sup> FLACSO. Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. Chile; 2015.

<sup>151</sup> Ministerio de Salud Chile. Orientaciones para Planes Comunales de promoción de la Salud 2014.

inequidades en salud tienen su origen en determinantes de salud que están fuera del ámbito de acción del sector, es importante poder articular la respuesta de otros sectores<sup>152</sup>.

En el proceso de planificación conjunta se definen los marcos conceptuales y metodologías que le otorguen a las intervenciones base conceptual y rigor científico. Será clave la “formación de alianzas intersectoriales que incorporen estrategias de instalación de agendas pro-saludables en todo tipo de ambientes sociales e instituciones de trabajo, hábitat, ocio y consumo y que estimulan procesos de participación e incidencia ciudadana en éstas”<sup>153</sup>.

Existen diversas instituciones, servicios y programas que orientan sus acciones para aportar a la calidad de vida de las personas, familias y comunidades; con las que es posible establecer relaciones de trabajo y alianzas estratégicas para abordar las inequidades y las acciones sobre los determinantes sociales de la salud.

## Educación para la Salud

Se entiende la educación para la salud con enfoque integral como un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo. Aprendemos para vivir mejor, no solo en lo individual sino en lo grupal y colectivo, por lo tanto, procesos de educación para la salud basados en la comunicación, el diálogo de saberes, la pedagogía activa crítica, participativa y transformadora logran el empoderamiento individual y la transformación de las realidades en las que estamos inmersos<sup>154</sup>.

La educación para la salud es considerada la vía más adecuada para alcanzar el desarrollo humano y sostenible, por cuanto además de intervenir en determinantes sociales de orden estructural, fomenta el desarrollo de competencias que incluyen conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona para comprender, transformar y participar en el mundo en el que vive, por tanto se hace necesario abordarla, no solo desde el ámbito de las instituciones educativas y de los individuos, sino desde las formas de gobierno, desde el desarrollo de políticas educativas, el acceso y calidad de la educación<sup>155</sup>.

Se trata de fomentar la toma de decisiones favorables a la salud, el análisis crítico de la información, el entendimiento de los determinantes de la salud y el compromiso con la acción social y colectiva<sup>156,157</sup>.

La Educación para la Salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales

---

<sup>152</sup> Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social Determinants of health Discussion paper 2: Debates, Policy & Practice, Case Studies. Organización Mundial de la Salud. Ginebra-Suiza; 2010. [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)

<sup>153</sup> Ministerio de Salud Chile, Universidad de Los Lagos. Buenas Prácticas de Promoción de Salud y Participación Ciudadana. Fernández M, Ochsenius C, Cancino A, Donoso B, Salinas J, editores. Santiago de Chile: GráficaLOM; 2008. 113 p.

<sup>154</sup> OPS. Documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral. Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas. ámbitos: municipios, escuelas, universidades e instituciones de educación superior. 2017.

<sup>155</sup> Idem anterior.

<sup>156</sup> Arroyo V, Hiram. Curso de Métodos de Promoción de la Salud y Educación para la Salud II. Maestría en Educación para la Salud de la Universidad de Puerto Rico. 2012.

<sup>157</sup> Adicionalmente han existido muchas definiciones que relacionan el concepto de Educación para la Salud y la Alfabetización en salud, tal vez una de las más aceptadas es la de Sorensen et al. en 2012, que la define como: “La alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta (Kristine Sørensen 1, Stephan Van den Broucke, James Fullam, Gerardine Doyle, Jürgen Pelikan, Zofia Slonska, Helmut Brand, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Jan 25; 12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80).

subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud<sup>158</sup>.

## **Comunicación Social en Salud**

La comunicación social en salud permite aumentar el conocimiento sobre temas de salud, problemas o soluciones; influir sobre las actitudes para crear apoyo para la acción personal o colectiva; demostrar o ejemplificar habilidades; incrementar la demanda de servicios de salud; reiterar o reforzar conocimientos, actitudes o conductas. Por otra parte, la comunicación en salud no puede compensar la carencia de servicios de atención de la salud, ni tampoco producir cambios de conducta sin componentes programáticos que los respalden. Así mismo, la comunicación social no es igualmente efectiva para resolver todos los problemas o para difundir todos los mensajes<sup>159</sup>.

## **Estrategias específicas impulsadas por OMS**

En este marco teórico existen estrategias específicas impulsadas y recomendadas por la OMS que es necesario considerar en el espacio de formulación y ejecución del Programa.

## **Entornos Saludables**

El concepto entorno incorpora distintas dimensiones que pueden ser físicas, ambientales, sociales, culturales, institucionales.

Los entornos saludables comprenden los lugares donde viven y se desarrollan las personas, su hogar, su comunidad local, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento<sup>160</sup>.

La búsqueda e implementación de entornos saludables implican transformaciones de carácter estructural y se recomiendan ya que “la escasa cobertura y efectividad de las intervenciones individuales en el manejo de enfermedades crónicas, es otro elemento que apoya las medidas de carácter estructural que favorecen la prevención y promoción”. Suman más argumentos para dirigir los esfuerzos a la modificación del ambiente desde una perspectiva social y política, es por este motivo que la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, propone la construcción de ambientes y entornos saludables<sup>161</sup>.

Los entornos que apoyan la salud ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la misma, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento.

**GLOSARIO PS OMS:** La acción destinada a crear entornos que apoyan la salud posee muchas dimensiones, que pueden incluir la acción política directa, cuyo objetivo es desarrollar y aplicar políticas y reglamentos que contribuyan a crear entornos de apoyo, la acción económica, especialmente en relación con el fomento de un desarrollo económico

---

<sup>158</sup> Universidad de Cantabria. La Educación para la Salud. Curso de Promoción de la salud. <https://ocw.unican.es/mod/page/view.php?id=491>

<sup>159</sup> OPS. Manual de comunicación social Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. División de Promoción y Protección de la Salud Programa de Salud Familiar y Población Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes. 2001. <https://www.paho.org/spanish/hpp/hpf/adol/comsocial.pdf>

<sup>160</sup> Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. 1998. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?ua=1)

<sup>161</sup> Ministerio de Salud Chile. Estrategia Nacional de Salud: para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. 2011 <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

sostenido y la acción social.

PAULO M. BUSS: La creación de ambientes favorecedores para la salud, implica el reconocimiento de la complejidad de nuestras sociedades y de las relaciones de interdependencia entre diversos sectores. La protección del medio ambiente y la conservación de los recursos naturales, la conjunción sistemática del impacto que los cambios en el medio ambiente producen sobre la salud, así como la conquista de entornos que faciliten y favorezcan la salud, como el trabajo, el ocio, el hogar, la escuela y la propia ciudad, pasan a componer medularmente la agenda de la salud.

### **Estrategia Global de Municipios Saludables**

Según la OMS la estrategia de “Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables” representa la implementación local de una de las iniciativas más efectivas de promoción de la salud. Desde un punto de vista operativo, se considera que “un municipio empieza a ser saludable cuando sus organizaciones locales y sus ciudadanos adquieren el compromiso e inician el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes”<sup>162</sup>. Su misión consiste en fortalecer la ejecución de las actividades de promoción y protección de la salud en el ámbito local, instalando la promoción de la salud como la más alta prioridad de la agenda política; involucrando a las autoridades del gobierno y a la comunidad, fomentando el dialogo y compartiendo conocimientos y experiencias; así como estimulando la colaboración entre los municipios, ciudades y comunidades.

### **Cuadro 2 - Dimensiones de reconocimiento de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables**

---

<sup>162</sup> Organización Panamericana de la Salud. Municipios y Comunidades Saludables: Guía para alcaldes y otras autoridades locales: Promoviendo la calidad de vida a través de la Estrategia de Municipios y Comunidades Saludables. 2002. Disponible en: [http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd63/MCS\\_Guiaesp/MCS\\_Presentacion.pdf](http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiaesp/MCS_Presentacion.pdf)

Dimensiones	Descripción
Entornos Saludables	Se trata de desarrollar políticas saludables articuladas y coherentes con el propósito final de lograr comunidades cuya población, viva, se desarrolle, estudie y trabaje en entornos o espacios saludables para su bienestar y calidad de vida. Entornos donde las personas viven, estudian y trabajan evitan riesgos y promueven al desarrollo saludable de las personas en búsqueda de su bienestar.
Sustentabilidad	Resolución óptima de las necesidades de saneamiento, de higiene y de ambiente, avance hacia desarrollo sustentable.
Calidad de vida	Se alcanzan mejores niveles de calidad de vida y bienestar en la población.
Equidad en Salud	Acceso oportuno y de calidad a la atención de salud preventiva y a servicios y garantías sociales. Se disminuyen brechas y costos asociados a enfermedad. Mejora el estado de salud de población.
Gestión territorial	Posiciona a la promoción de salud como la más alta prioridad en la agenda política. Se establecen alianzas entre las autoridades locales, miembros de la comunidad y otros sectores públicos o privados que resguarden el ejercicio de garantías sociales y derechos, para intervenir en los determinantes sociales de la salud.
Participación Ciudadana	Desarrollo de espacios de inclusión de la ciudadanía en las decisiones que afectan su salud.

Fuente: MINSAL<sup>163</sup>

El Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables tiene una larga data en diversas regiones del mundo y, particularmente, en la región de las Américas. En Chile ha existido un renovado interés por impulsar esta estrategia en los municipios del país. En el año 2014 el Ministerio de Salud lanzó la estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables<sup>164</sup>, que tiene como objetivo fortalecer el rol del municipio como agente central en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud de la población<sup>165</sup>. Los retos que impone la agenda de Desarrollo Sostenible para el año 2030 en nuestra región, han vuelto a relevar el interés por el papel de los gobiernos locales en esta tarea. En efecto, desde el año 2015 se ha impulsado una agenda internacional con una serie de hitos que han permitido el reposicionamiento de esta estrategia en la región<sup>166</sup>.

<sup>163</sup> MINSAL. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables Orientaciones Técnicas. Junio 2015. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Subsecretaría de Salud Pública. 2015.

<sup>164</sup> La relación directa con el Programa se discute en el acápite de Estrategia del Programa más adelante.

<sup>165</sup> En el año 2016, los Ministerios de Salud miembros de la Red Latinoamericana de Promoción de la Salud, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, celebraron el Pre-Foro Regional de Alcaldes “Camino a Shanghái”, en Santiago de Chile. En dicha instancia los alcaldes redactaron la “Declaración de Santiago”, que consiste en un compromiso de los ediles en poner en el centro de su gestión política la promoción de la salud. Este compromiso fue presentado por un grupo de alcaldes de la región en la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Shanghái, China en el mismo año. En este marco, los alcaldes constituyeron la Comisión de Alcaldes de las Américas para Municipios Saludables, quienes se comprometieron a sumar voluntades para reimpulsar este movimiento en todos los países de la región (MINSAL. Orientaciones político-estratégicas para el gobierno local avanzando hacia políticas públicas locales para el bienestar colectivo. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2017).

<sup>166</sup> MINSAL. Orientaciones político-estratégicas para el gobierno local avanzando hacia políticas públicas locales para el bienestar colectivo. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2017.

En la Declaración de Santiago<sup>167</sup>, los asistentes declaran su compromiso con un marco integral de municipios saludables que abarca seis esferas de acción:

- Promover el liderazgo local y la gobernanza intersectorial para la salud: trabajar juntos para la salud de nuestras ciudades.
- Atender las necesidades de las personas de todas las edades y grupos vulnerables: cuidar a nuestra gente y a nuestra comunidad, y promover la equidad.
- Crear entornos físicos y sociales propicios para una vida sana: elegir alternativas saludables, opciones fáciles y entornos saludables.
- Promover y construir entornos físicos saludables: crear municipios limpios, seguros, atractivos y sostenibles.
- Fortalecer la capacidad de recuperación de la comunidad y la educación en materia de salud: hacer participar y empoderar a nuestra gente con conocimientos y aptitudes para la salud y el bienestar.
- Reforzar los servicios de salud pública y de atención primaria de salud: crear servicios de alta calidad accesibles para todos.

### Enfoque de la salud basado en los derechos humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, señala en su Artículo 1° “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” y, se reafirma, en el Artículo 2 “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía” <sup>168</sup>. “Los derechos humanos presentan las siguientes características:

- son universales, derechos inalienables de todos los seres humanos;
- tienen por objeto salvaguardar la dignidad intrínseca y el valor igual de todos los seres humanos;
- son inalienables (no pueden ser suspendidos ni retirados);
- son interdependientes y están interrelacionados (cada uno de los derechos humanos está estrechamente vinculado a otros y depende a menudo de la realización de éstos);
- están articulados como derechos de los individuos (y grupos) que imponen obligaciones de acción u omisión, particularmente a los Estados;
- han sido garantizados por la comunidad internacional y están protegidos por la ley” <sup>169</sup>.

El principio de los derechos humanos de participación e inclusión significa que todas las personas y todos los pueblos tienen derecho a participar de forma activa, libre y significativa en un desarrollo civil, económico, social, cultural y político en el que puedan hacerse efectivos los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como a contribuir a dicho desarrollo y a disfrutar de éste<sup>170</sup>.

---

<sup>167</sup> Alcaldes, alcaldesas e intendentes presentes en el Pre Foro de Alcaldes de las Américas, Camino a Shanghái 2016, de los países de Chile, Ecuador, Perú, Guatemala, Cuba, Brasil, Argentina, México, Haití, Colombia, Guayana y Paraguay; desarrollado los días 25 y 26 de Julio del 2016, en Santiago de Chile. Citada en: MINSAL. Orientaciones político-estratégicas para el gobierno local avanzando hacia políticas públicas locales para el bienestar colectivo. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2017.

<sup>168</sup> Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos 1948. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

<sup>169</sup> Organización Mundial de la Salud, Naciones Unidas Derechos Humanos, Oficina del alto comisionado para los Derechos Humanos. Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza Francia; 2008. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43963/1/9789243563749\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43963/1/9789243563749_spa.pdf?ua=1)

<sup>170</sup> Idem anterior.

Lo esencial del enfoque de derechos humanos es “que las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias en esa dirección se deben basar explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos”<sup>171</sup>. En el Artículo 25 se establece “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”<sup>172</sup>. Por otra parte, se establece, que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente y que este derecho es fundamental para vivir dignamente y que está ligado a otros derechos de manera indisoluble. No sólo incluye la atención de salud, sino también, los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional indisoluble. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas ha establecido en su Observación Nº 14 una interpretación progresiva del derecho a la salud, considerando criterios de Evaluación Derecho a la Salud, que se muestran en el siguiente cuadro<sup>173</sup>:

**Cuadro 3 - Criterios de Evaluación Derecho a la Salud**

Criterios de Evaluación Derecho a la Salud	
Disponibilidad	Número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas específicos
Accesibilidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas – no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información
Aceptabilidad	Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
Calidad	Además, de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Esto requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Fuente: MINSAL<sup>174</sup>

<sup>171</sup> Abramovich V, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la CEPAL. Abril de 2006;(88):50.

<sup>172</sup> Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos 1948. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

<sup>173</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. Observación General No 14. 2000. <http://www.derechos.org/nizkor/ley/doc/obgen1.html>

<sup>174</sup> MINSAL. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables Orientaciones Técnicas. Junio 2015. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Subsecretaría de Salud Pública. 2015.

## B. Determinantes Sociales de la Salud y Equidad en la Salud

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud<sup>175</sup> plantea que “la desigualdad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. Las desigualdades son sistemáticas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a estos”<sup>176,177</sup>.

El enfoque de determinantes sociales de la salud permite definir la acción concreta de los líderes, los equipos y todos quienes trabajan en la construcción de ambientes saludables, acotando el escenario donde debe desarrollarse la promoción de la salud para mejorar la calidad de vida de las poblaciones; es decir, las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. En las recomendaciones generales de la comisión mencionada, se establecen tres principios de acción:

- a. Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
  - o Velar por que la planificación urbana promueva conductas sanas y seguras según criterios de equidad
  - o Ordenación adecuada del medio y aplicación de controles reguladores
  - o Convertir el pleno empleo y el trabajo digno en objetivos nacionales y estrategias de desarrollo
  - o Mejorar progresivamente los sistemas de protección social
  - o Mejorar el bienestar de las niñas, las mujeres y las condiciones en que nacen los niños
  - o Crear sistemas de salud de calidad, con cobertura universal y centrada en la atención primaria de salud
- b. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
  - o Fortalecer la financiación pública para actuar sobre los determinantes sociales de la salud
  - o Aumentar la ayuda mundial hasta el 0,7% del PIB
  - o Reforzar el papel del Estado en la prestación de servicios básicos y en la reglamentación de bienes y servicios con consecuencias para la salud
  - o Aprobar y aplicar leyes que promuevan la equidad de género e ilegalicen la discriminación
  - o Permitir que la sociedad civil se organice y actúe de forma que se promuevan y respeten los derechos políticos
- c. Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.
  - o Disponer de sistemas de seguimiento sistemático de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud a nivel local, nacional e internacional.
  - o Realizar inversiones para obtener e intercambiar nuevos datos sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la eficacia de las medidas adoptadas.
  - o Formar a los rectores de la política, las partes interesadas y los profesionales de la salud acerca de los determinantes sociales de la salud, e invertir en sensibilizar a la población.

---

<sup>175</sup> La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) es una red mundial de instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil<sup>1</sup> que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunió para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables. La CDSS fue creada en marzo de 2005 por el Dr. J. W. Lee, Director General que fue de la OMS, para acopiar datos para mejorar la salud y lograr que esté distribuida de forma más justa en todo el mundo, y para promover un movimiento mundial en favor de la consecución de esos objetivos. La labor de la Comisión constituyó un verdadero proceso mundial, que reunió a centenares de investigadores y clínicos de universidades e instituciones de investigación, ministerios y organizaciones internacionales y de la sociedad civil. [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/about\\_csdh/es/#:~:text=La%20Comisi%C3%B3n%20sobre%20Determinantes%20Sociales%20de%20la%20Salud%20\(CDSS\)%20es,de%20las%20inequidades%20sanitarias%20evitables.](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/#:~:text=La%20Comisi%C3%B3n%20sobre%20Determinantes%20Sociales%20de%20la%20Salud%20(CDSS)%20es,de%20las%20inequidades%20sanitarias%20evitables.)

<sup>176</sup> Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.

<sup>177</sup> Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. Subsanan las desigualdades en una generación: Resumen Analítico. Ginebra-Suiza; 2008 [citado 19 de mayo de 2015]. [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008\\_execsumm\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf)

La OMS plantea que reconoce la necesidad de hacer más a todos los niveles para acelerar los avances en la lucha contra la distribución desigual y no equitativa de la salud, así como las condiciones perjudiciales para la salud; que reconoce también que lograr la equidad en salud requiere el compromiso y la colaboración de todos los sectores del gobierno, todos los segmentos de la sociedad y todos los miembros de la comunidad internacional, en acciones globales de “todos por la equidad” y “salud para todos”<sup>178</sup>; “El enfoque basado en los determinantes sociales exige actuar de manera coordinada y coherente en los sectores de la sociedad que influyen en los determinantes estructurales, a fin de mejorar la salud y reducir las inequidades [...] una mejor salud contribuye a otras prioridades sociales importantes, como mayor bienestar, educación, cohesión social, protección medioambiental, mayor productividad y desarrollo económico”<sup>179</sup>.

En este sentido, cada vez existe mayor evidencia que los factores de tipo social son los que más impactan en la salud de las personas, entre los que se destacan el ingreso económico, empleo, pobreza, educación, condiciones de vivienda, agua y saneamiento básico, ruralidad y algunas condiciones étnicas, culturales y de migración. Este conjunto de factores está generalmente interrelacionado y se concentra en grupos de población con privación de condiciones de vida saludable, vulnerables, excluidas y con menores oportunidades de acceso a los servicios de salud. Desde esta perspectiva, invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación. “Las experiencias vividas en la primera infancia (definida como el desarrollo del feto hasta los ocho años), y durante el periodo de educación infantil y posterior sientan las bases sobre las que se sustentará el resto del desarrollo vital. Los niños y niñas necesitan vivir en un entorno seguro, salubre, protector, acogedor, receptivo, que favorezca su desarrollo”<sup>180</sup>. Por otra parte, el trabajo es el ámbito donde muchos de los aspectos importantes que afectan a la salud ejercen su influencia. Hay una correlación entre los problemas de salud mental y la precariedad en el empleo (por ejemplo, contratos de trabajo temporal, trabajo sin contrato y trabajo a tiempo parcial). El estrés laboral está relacionado con el 50% de las cardiopatías coronarias; además, los datos de que se dispone muestran invariablemente que los trabajos con un nivel de exigencia elevado, la falta de control y el hecho de que el esfuerzo realizado no se vea suficientemente recompensado son factores de riesgo que pueden desembocar en problemas de salud física y mental<sup>181</sup>.

El enfoque de determinantes sociales de la salud permite fortalecer una visión colectiva y social de la promoción de salud, requiere mirar la salud de las personas, grupos sociales y sociedades a través de una óptica social y estructural del contexto donde se desarrolla la vida, por ejemplo, el acceso a la educación, el acceso a una alimentación saludable, las oportunidades económicas, calidad de las viviendas, funcionamiento del transporte público, la vida cultural, entre otros.

Las condiciones de vida de la gente no se distribuyen igualmente en toda la población: empleo, pobreza, educación, condiciones de vivienda, agua y saneamiento básico, ruralidad, condiciones étnicas, culturales y de migración, generalmente están interrelacionadas y se concentran en grupos de población con privaciones de condiciones de vida saludable, vulnerables, excluidas y con menos oportunidades de acceso a los servicios de salud.

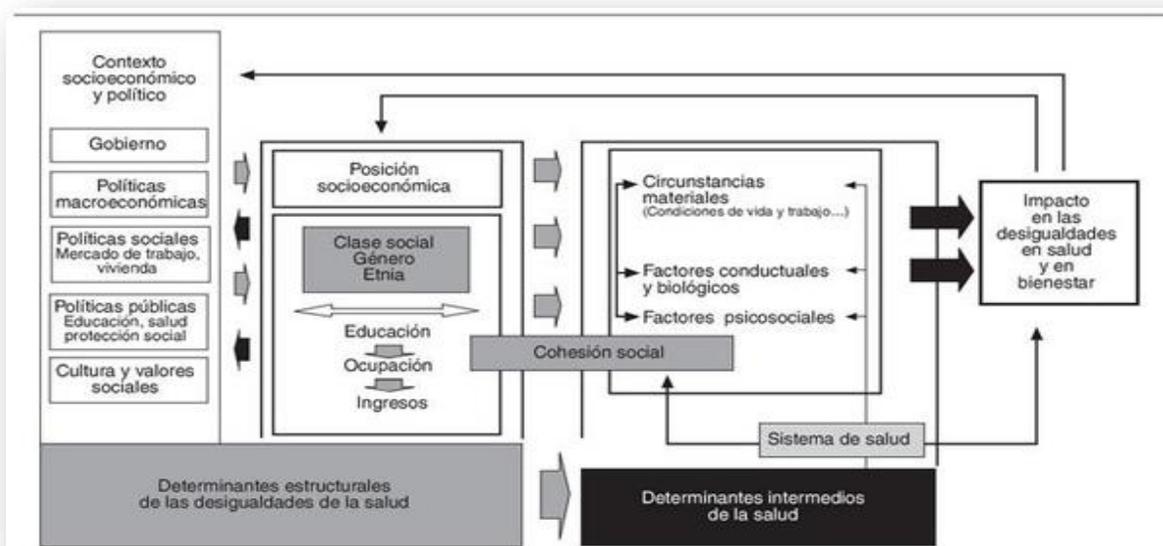
## Figura 2 - Esquema de Modelo de Determinantes Sociales de la Salud. OMS 2008

<sup>178</sup> World Health Assembly, 148th session EB148.R2. Agenda item 16 22 January 2021. Social determinants of health. WHO. 2021.

<sup>179</sup> Organización Mundial de la Salud. Cerrando la Brecha: la Política de Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud: documento de trabajo: Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud: Río de Janeiro Brasil; 2011 [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)

<sup>180</sup> Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra-Suiza; 2008 [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)

<sup>181</sup> Idem anterior.



Fuente: Solar e Irwin<sup>182</sup>

La búsqueda de la equidad en salud, por lo tanto, se transforma en un objetivo a alcanzar en las intervenciones de salud, lográndose cuando todas las personas tienen la oportunidad de “alcanzar su pleno potencial de salud”, y no existen personas “en desventaja de alcanzar este potencial debido a la posición social u otras circunstancias determinadas por la sociedad”<sup>183</sup>.

En la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud de Brasil, se identifican algunos principios generales y requisitos claves para tomar medidas en este ámbito, entre los que se destacan:

1. Las medidas sobre los determinantes sociales con el fin de reducir las inequidades en salud exigen una ejecución sostenida a largo plazo.
2. El paso inicial es lograr que la población entienda qué son las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud. Las organizaciones de la sociedad civil pueden desempeñar un papel importante para generar conciencia.
3. La equidad en la salud y el bienestar debe ser un objetivo prioritario para el gobierno y la sociedad en general.
4. Es esencial, garantizar la coordinación y la coherencia de las medidas sobre los determinantes sociales.
5. Un enfoque basado en los determinantes sociales no equivale a lanzar un “programa”.

De acuerdo con las metas 2011- 2020, los principales determinantes sociales de la salud son desarrollados de forma transversal en toda la Estrategia Nacional de Salud. El énfasis se ha puesto en los condicionantes más relevantes, posición social y localización geográfica, así como en las características de algunos grupos de elevada vulnerabilidad social<sup>184</sup>.

<sup>182</sup> Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social Determinants of health Discussion paper 2: Debates, Policy & Practice, Case Studies Organización Mundial de la Salud. Ginebra-Suiza; 2010.  
[http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)

<sup>183</sup> Ministerio de Salud Chile. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables: Orientaciones Técnicas. Cobos C, Cáceres I, Cancino A, Donoso B, editores. Santiago de Chile; 2015.  
<http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/MUNICIPIOS%20COMUNAS%20Y%20COMUNIDADES%20SALUDABLES%20OT%20FINAL%283%29.pdf>

<sup>184</sup> Ministerio de Salud Chile. Estrategia Nacional de Salud: para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. 2011  
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf>

### C. Salud en Todas las Políticas

La Salud en todas las políticas es una estrategia política horizontal recomendada por la OMS con altas posibilidades de contribuir a la salud de la población. La columna vertebral de la “Salud en todas las Políticas” es examinar los determinantes de la salud que pueden ser transformados para mejorar la salud y que están principalmente siendo controlados por políticas de otros sectores fuera del sector salud<sup>185</sup>. La teoría principal que sustenta la integración de la salud de la población en todas las políticas es que los socios (gobierno nacional, regional, local, ONG, otros) pueden lograr más trabajando juntos, que cada uno por sí solo. Además, aumentan y perduran los beneficios si estos se logran con la participación de las personas a las que van dirigidos<sup>186</sup>.

En 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzó esta iniciativa ‘Salud en Todas las Políticas’, proponiendo que los países adopten un enfoque intersectorial de las políticas públicas que desarrollan, en donde se tengan en cuenta de manera sistemática, las repercusiones sanitarias de todas las decisiones y se eviten sus efectos perjudiciales, con el objeto de mejorar los indicadores de salud y bienestar, de manera colectiva, en un marco de equidad. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) en su 53º Consejo Directivo aprobó el Plan de Acción sobre la STP, donde se instauran los pasos para la aplicación de este enfoque en los países de la Región de las Américas, definiendo seis líneas estratégicas:

1. Establecer las necesidades y prioridades para lograr la salud en todas las políticas.
2. Establecer el marco para la acción planificada.
3. Definir las estructuras y los procesos complementarios.
4. Facilitar la evaluación y la participación;
5. Garantizar el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes.
6. Fortalecer las capacidades.

Salud en Todas las Políticas es un enfoque de derechos a la salud de la población, que toma en cuenta sistemáticamente las implicaciones para la salud, de las decisiones que se toman en todas las políticas públicas. Busca desarrollar sinergias y evitar impactos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria. Como concepto, refleja los principios de: legitimidad, la rendición de cuentas, transparencia y acceso a la información, la participación social, la sostenibilidad, y la colaboración entre los distintos sectores y niveles de gobierno<sup>187</sup>. “La Declaración de Adelaida, perfila la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios. Esto requiere una nueva forma de gobernanza en la que haya un liderazgo conjunto dentro de los gobiernos, entre todos los sectores y niveles de gobierno”<sup>188</sup>.

Un componente esencial de la formulación de políticas sectoriales e intersectoriales es la incorporación de la salud y bienestar en éstas, contribuyendo de esta forma a los objetivos de gobierno. “Para avanzar en la integración de la Salud en Todas las Políticas el sector salud debe aprender a colaborar con otros sectores. Son imprescindibles la exploración conjunta de innovaciones políticas, nuevos mecanismos e instrumentos, y mejores marcos normativos. Para ello se necesita un sector de la salud que esté orientado hacia el exterior, abierto a los demás y equipado con los conocimientos, las capacidades y el mandato necesario. Así mismo, se requiere de un intersector que identifique los

<sup>185</sup> Sihto M, Ollila E, Koivusalo M. (2006). Principles and challenges of Health in All Policies. In: Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (eds), ‘Health in All Policies: prospects and potentials’. Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki, pp. 3–20.

<sup>186</sup> World Health Organization. Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action WHO. 2014. <http://www.who.int/cardiovascular diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf>

<sup>187</sup> Idem anterior.

<sup>188</sup> Organización Mundial de la Salud, Gobierno de Australia Meridional. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010.

[http://www.who.int/social\\_determinants/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf)

impactos en salud en sus políticas y considere estas variables en el diseño, implementación y evaluación de sus programas”<sup>189</sup>.

La declaración de Adelaida indica que entre las nuevas responsabilidades de los equipos de salud en los distintos niveles “para apoyar una estrategia de integración de la Salud en Todas las Políticas habrá que incluir:

- la comprensión de las agendas políticas y de los imperativos administrativos de otros sectores;
- la generación de conocimientos y de una base de datos probatorios acerca de las opciones de política y las estrategias;
- la evaluación comparativa de las consecuencias sanitarias de diferentes opciones dentro del proceso de formulación de políticas;
- la creación de plataformas regulares de diálogo y resolución de problemas con otros sectores;
- la evaluación de la eficacia de la labor intersectorial y de la formulación integrada de políticas;
- la creación de capacidad con mejores mecanismos, recursos, apoyo de los organismos y un personal dedicado y capacitado;
- la colaboración del gobierno para alcanzar los objetivos de estos y de ese modo hacer avanzar la salud y el bienestar.

Se reconoce el espacio municipal como el más potente para el desarrollo de estrategias intersectoriales y participativas que construyan salud y bienestar de la población. Varias razones explican la importancia de su desarrollo en los gobiernos locales. Primero, usualmente las municipalidades tienen la responsabilidad primaria de planificar y/o entregar servicios que son cruciales para influenciar los Determinantes sociales de la salud (DSS), como por ejemplo, educación, transporte, vivienda, y planificación urbana, entre otros. Además, en algunos casos tienen a cargo la provisión de servicios de salud, por ejemplo, de atención primaria de salud<sup>190</sup>. Segundo, las autoridades locales normalmente están en una mejor posición que las autoridades de salud para reunir a una mayor variedad de actores sociales, estimulando su participación. En tercer lugar, la autonomía que favorece la descentralización puede llevar a políticas más flexibles y eficientes, ya que las autoridades locales están en una mejor posición para responder a las propias necesidades<sup>191</sup>.

La OMS acaba de insistir a los estados miembros en integrar consideraciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud en las políticas y programas públicos, aplicando un enfoque de salud en todas las políticas y con el fin de mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud<sup>192</sup>.

#### **D. Enfoque Territorial**

El enfoque territorial revela la existencia de una serie de desigualdades de salud, educación, oportunidades laborales, entre otros. Lo que se da entre y dentro de los territorios que afectan a las comunidades que lo habitan. En los límites político-administrativos del Estado de Chile, el municipio es la entidad territorial encargada de la provisión de servicios de salud y otras garantías sociales -educación, subsidios, entre otros- al igual que articular la respuesta de las diversas instituciones del estado a nivel local. Muchos municipios encuentran límites por la escasez de recursos económicos, insuficiencias en infraestructura básica, conectividad vial y comunicacional, y escasos profesionales y especialistas en distintas áreas de la gestión pública.

---

<sup>189</sup> Idem anterior.

<sup>190</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de Salud. Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables: La estrategia para avanzar en el logro de Salud en Todas las Políticas: lecciones aprendidas y recomendaciones para su fortalecimiento: Resumen Ejecutivo. Documento no publicado; 2015.

<sup>191</sup> Idem anterior.

<sup>192</sup> World Health Assambly, 148th session EB148.R2. Agenda item 16 22 January 2021. Social determinants of health. WHO. 2021.

Es necesario, definir los mecanismos institucionales y alianzas estratégicas para el diseño y gestión de políticas y programas locales de promoción de salud, basados en la articulación e integración de redes y recursos comunitarios, así como en estrategias asociativas intercomunales. Los municipios, como ejes del gobierno local y articulador de la oferta de servicios sociales de las comunas, permiten convocar y movilizar iniciativas de cambio para favorecer la calidad de vida en las comunas.

La estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables, comprende los entornos saludables o promotores de salud, los escenarios comunitarios o locales donde existen oportunidades para el desarrollo individual y colectivo, de mejor calidad de vida y estado de salud, donde se fortalece la capacidad de las personas para afrontar los problemas de su comunidad (OMS, 1998). Contempla como pilares la participación social y el trabajo integrado del sector salud y otros actores institucionales, como un requisito esencial para coordinar la acción sobre los determinantes sociales de salud<sup>193</sup>.

El propósito consiste en fortalecer la ejecución de actividades de promoción y protección de la salud en el ámbito local, situando la promoción de la salud como la más alta prioridad de la agenda política; involucrando a las autoridades del gobierno y a la comunidad, fomentando el diálogo y compartiendo conocimientos y experiencias comunitarias.

El espacio clave es la comunidad porque permite desarrollar acciones con las personas, para hacer frente a los desafíos que afectan su salud. Independientemente del método utilizado, intervenciones comunitarias exitosas dependen de una identificación y comprensión de los problemas y un reparto del poder entre la comunidad y los sectores que interactúan en ésta<sup>194</sup>.

En la comunidad interactúan una gama de grupos de población, como las mujeres, hombres, niños/niñas, jóvenes, familias, las redes de amistad y de determinados grupos de interés y organizaciones de la comunidad. Esto configura un espacio privilegiado para desarrollar estrategias de promoción de la salud con las personas que se involucran en su diseño, ejecución y evaluación. La salud de las personas que viven en comunidades se determina por las condiciones estructurales y ambientales, tales como, la pobreza, condiciones de vivienda, discriminación social y falta de poder, que configuran desventajas para alcanzar una salud óptima en las personas.

## **E. Enfoque socio ecológico**

Reconoce que el comportamiento de las personas afecta y es afectado por múltiples niveles de influencia, es decir, la existencia de procesos o condiciones de tipo social - político que pueden afectar y a su vez verse afectado por los comportamientos individuales, aproximándose a una interpretación de determinantes sociales en salud, como factores protectores, los cuales fijan límites o determinan medidas estructurales en los procesos de salud de las personas. El origen del análisis multinivel se desarrolla en la salud pública a partir de la necesidad de establecer modelos causales de enfermedad, más rigurosos. Los niveles de influencia, que identifica este tipo de diseño de intervenciones, van desde factores interpersonales, comunitarios, organizacionales y políticos. Por lo tanto, es clave cuando se busca cambiar conductas de las personas y mejorar los entornos, que las intervenciones deben tener un carácter multinivel e intersectorial <sup>195, 196, 197</sup>.

---

<sup>193</sup> Ministerio de Salud Chile, Subsecretaría de Salud Pública, Secretaría Técnica de Determinantes Sociales. Programa Comunas Vulnerables: Experiencia de Implementación durante 2009. Santiago de Chile; 2010.

<sup>194</sup> HSE National Health Promotion Office Ireland. The Health Promotion Strategic Framework. Ireland; 2011 [http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF\\_HSE.pdf](http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF_HSE.pdf)

<sup>195</sup> McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Article in Health Education Quarterly. 1988;15(4):351–77. DOI: 10.1177/109019818801500401

<sup>196</sup> Krieger N. A glossary for social epidemiology. Epidemiol Bull. 2002;23(1):7–11.

<sup>197</sup> Sallis JF, Floyd MF, Rodríguez DA, Saelens BE. The Role of Built Environments in Physical Activity, Obesity, and CVD. Circulation. 7 de febrero de 2012;125(5):729–37.

Este enfoque<sup>198</sup>, plantea que el comportamiento afecta y es afectado por múltiples niveles de influencia y además los comportamientos individuales influyen en los entornos y los entornos sociales influyen en el comportamiento. De este modo plantea cinco niveles de actuación, de acuerdo con la siguiente figura.

**Figura 3 - Niveles de actuación según McLeroy**



Fuente: MINSAL<sup>199</sup>

<sup>198</sup> McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Article in Health Education Quarterly. 1988;15(4):351–77. DOI: 10.1177/109019818801500401

<sup>199</sup> MINSAL. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables Orientaciones Técnicas. Junio 2015. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Subsecretaría de Salud Pública. 2015.

#### Cuadro 4 - Descripción de niveles de influencia del Enfoque socio ecológico

<b>NIVEL DE INFLUENCIA: INDIVIDUAL</b>
<b>DESCRIPCIÓN:</b> Apunta a las intervenciones que se vinculan con el desarrollo de habilidades y conductas individuales que influyen en el comportamiento y conocimiento, para la generación de hábitos de vida saludables.
<b>EJEMPLO:</b> Programas asistenciales del Municipio y la Atención Primaria (Vida Sana, Control de Salud Escolar, EMP, entre otros).
<b>NIVEL DE INFLUENCIA: INTERPERSONAL</b>
<b>DESCRIPCIÓN:</b> Intervenciones que se vinculan con fortalecer las relaciones más cercanas al individuo vinculadas con la salud, como familia y comunitarias, con el fin de potenciar habilidades y generación de hábitos y modelaje de conductas saludables.
<b>EJEMPLO:</b> Programas asistenciales del Municipio y la Atención Primaria. Huertos familiares.
<b>NIVEL DE INFLUENCIA: ORGANIZACIONAL</b>
<b>DESCRIPCIÓN:</b> Intervenciones destinadas a modificar aspectos vinculados a la gestión institucional. Ejemplo: Acciones vinculadas a los sistemas de reconocimiento en promoción de la salud (EEPS, LTPS, IEPS), junto con otras acciones implementadas en el Municipio
<b>NIVEL DE INFLUENCIA: COMUNITARIO</b>
<b>DESCRIPCIÓN:</b> Intervenciones enfocadas a favorecer el desarrollo de una comunidad consciente y responsable capaz de ejercer control social y demandar temas vinculados con salud y por otro lado movilizar recursos comunitarios con el propósito concertar acciones en torno a conductas saludables.
<b>EJEMPLO:</b> Instalación de equipamiento comunitario y recuperación de espacios públicos para la participación social y la vida sana. Además procesos de capacitación a líderes comunitarios, procesos de diagnósticos territoriales participativos, diálogos comunales, cabildos comunales, entre otros.
<b>NIVEL DE INFLUENCIA: POLÍTICAS PÚBLICAS</b>
<b>DESCRIPCIÓN:</b> Generación de políticas públicas saludables que sustenten la generación de cambios en el entorno. Las políticas públicas pueden ser las leyes y reglamentos en cualquier nivel de gobierno, las prácticas empresariales y las normas en instituciones como escuelas. Se espera generar cambios en el entorno y en las políticas integradas para tener un impacto a largo plazo en la mayoría o la totalidad de los habitantes de sus comunas. Las características de los entornos construidos se han relacionado con las tasas de enfermedades crónicas y salud mental(11) Por lo tanto, a mayor desarrollo de las políticas públicas que fomenten los factores protectores de salud, principalmente en alimentación saludable y actividad física, mayores oportunidades para que los individuos puedan tener conductas más saludables.
<b>EJEMPLO:</b> Políticas saludables a través de ordenanzas municipales, decretos alcaldicios, reglamentos, el presupuesto municipal, PLADECO, Plan Regulador, entre otros. Se espera que al término de los tres años del Plan Trienal, las comunas hayan generado al menos una regulación local que promueva la vida sana.

Adaptado de Presentación "Ecological models and multilevel interventions" Peter Winch.  
[http://ocw.jhsph.edu/courses/healthbehaviorchange/PDFs/C14\\_2011.pdf](http://ocw.jhsph.edu/courses/healthbehaviorchange/PDFs/C14_2011.pdf)

Fuente: MINSAL<sup>200</sup>

---

<sup>200</sup> MINSAL. Orientaciones para la elaboración de planes trienales de promoción de la salud para municipios comunas y comunidades saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2016.

## Anexo 8. Solicitud anexa para levantamiento de información cualitativa por parte del Panel

Para el desarrollo de la presente evaluación el Panel realizó entrevistas a 12 perfiles de actores relacionados en el presente y pasado del programa de Servicios Médicos, para con ello comprender y profundizar sobre el funcionamiento del programa, su historia, desarrollo, problemas, desafíos entre otros aspectos que permiten complementar y matizar la documentación disponible.

Ámbito	
Contexto y justificación	Se requiere levantar información para complementar los documentos y por sobre todo conocer la dinámica de planificación y gestión efectiva del Programa. Existe en este caso una caustica-dado el periodo de evaluación que incluye pandemia y restricciones financieras-que requiere de una indagación para comprender los ajustes realizados en el periodo, así como su visión a futuro.
Objetivo	Complementar la información documental sobre la experiencia y realidad de ejecución del programa. Para ello se entrevistan personas con cargos presentes y pasados en el Programa durante el 19 de marzo al 3 de abril de 2025
Método de recolección de datos	Entrevista Semi Estructurada realizada de forma online. Solo un caso fue presencial. Duración de 1 hora. Se realizaron de forma individual o grupal.
Selección de la muestra	Se define desde el Panel que se requiere entrevistar actores con distintos atributos y roles dentro de lo que es el programa. Planteado lo anterior en Junaeb quien propone una lista de nombres con correos para ser contactados por el Panel.  Perfiles: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Miembro de Mesa Expertos Oftalmología</li> <li>2. Miembro de Mesa Expertos Traumatología/columna</li> <li>3. Miembro de la Mesa de Expertos Otorrino</li> <li>4. Coordinadores regionales de Junaeb</li> <li>5. Directores Regionales Junaeb</li> <li>6. Ex Director de Juaneb</li> <li>7. Ex Encargado de programa en Gobiernos anteriores</li> <li>8. Profesores en Establecimiento inscrito en programa</li> <li>9. Coordinadores en Municipalidades</li> <li>10. Profesional Minsal-Subsecretaría de Redes APS</li> <li>11. Profesional Minsal-Subsecretaría de Redes Discapacidad/Ayudas técnicas.</li> </ol>
Operacionalización Ámbitos centrales de análisis y preguntas / contenidos abordados / dimensiones de análisis.	Para cada tipo de perfil se generó una pauta con preguntas guías. Esto a modo de referencia, ya que se busca con las preguntas activar el diálogo y por tanto la conversación se ajusta en base a la información que vaya surgiendo. Se busca conocer su perspectiva, función en el programa, historia, el presente del programa, las barreras y desafíos.

	<p><b>Pauta general de las entrevistas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introducción</li> <li>2. Rol en el Programa</li> <li>3. Preguntas según perfil, esto quiere decir enfocadas a diseño, gestión/implementación, procesos, coordinación interterritorial y entre territorios o capas de gobernanza, resultados y causas de los resultados observados.</li> <li>4. Opinión sobre el programa y su funcionamiento</li> <li>5. Desafíos, Reflexión, y Recomendaciones</li> </ol> <p><b>Entrevistas realizadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 19/2: Miembro de la Mesa de Expertos de oftalmología</li> <li>✓ 20/2: Coordinadores regionales</li> <li>✓ 24/2: Miembro de la Mesa de Expertos otorrino</li> <li>✓ 24/2: Miembro de la Mesa de Expertos Traumatología/columna</li> <li>✓ 24/2: Miembro de la Mesa de Expertos Traumatología/columna</li> <li>✓ 25/2: Directores Regionales Junaeb</li> <li>✓ 4/03: Ex -Director Junaeb</li> <li>✓ 5/03: Ex -Encargada Programa Servicios Médicos.</li> <li>✓ 12/03: Referente Minsal Discapacidad</li> <li>✓ 13/03: Referentes Minsal APS</li> <li>✓ 2/04: Profesores en Establecimiento Inscrito en Programa</li> <li>✓ 3/04: Coordinadores en municipalidades</li> </ul>
Técnica de análisis de datos	Se genera una interpretación y conclusión de los principales mensajes que se destaquen durante la conversación. Solo una instancia fue presencial y el resto grabada (plataforma Zoom o Google). La información disponible en dichas grabaciones es reservada, por lo mismo no se extraen citas textuales y tampoco se mencionan nombres en el presente informe.
Consideraciones éticas Garantías que tendrán las y los participantes de participar en el levantamiento de información.	Se solicita consentimiento informado en la reunión y que no serán citados de forma textual ni que serán mencionados su nombre en el informe para fines de mantener el anonimato y permitir el diálogo en confianza y abierto.
Limitaciones	La interpretación de la información corresponde al juicio realizado por el Panel



