

RESOLUCIÓN EXENTA N° \_\_\_\_\_/.

IQUIQUE, fecha de acuerdo a firma digital de Dirección.

**VISTOS,**

Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N°01 del año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; D.F.L. N°01/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979 y de las Leyes Nos. 18.933 y 18.469; Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria; Ley N°19.880 que establece Bases de Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado; Decreto N°140/04 del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento orgánico de los Servicios de Salud, Decreto Afecto N° 56 del 29 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el artículo 55 bis, 56 y 57 inciso segundo de la Ley N°19.378; artículo 6 del Decreto Supremo N°118 del 2007, del Ministerio de Salud; Resolución Exenta N°97/2023 del Ministerio de Salud, que aprobó el Programa de DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ESCOLAR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS año 2023, Resolución Exenta N°76/2023 del Ministerio de Salud, que distribuyó los recursos del citado Programa; Resolución N°007 de 2019 de la Contraloría General de la República.

**CONSIDERANDO,**

1.- Que, por Resolución Exenta N°97 de fecha 3 de febrero del año 2023, el Ministerio de Salud, sus modificaciones o aquella que la reemplace, se aprueba el "**PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ESCOLAR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS AÑO 2023**".

2.- Que, por Resolución Exenta N°76 de fecha 3 de febrero del año 2023, el Ministerio de Salud, se aprueban los recursos que financian el "**PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ESCOLAR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS AÑO 2023**".

3.- Que, mediante convenio de fecha 21 de febrero del año 2023, suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique y la Municipalidad de Alto Hospicio, el "**SERVICIO**" le asignó a la Entidad Edilicia la suma de **\$ 33.500.184 (Treinta Y Tres Millones Quinientos Mil Ciento Ochenta Y Cuatro Pesos)**, para realizar las acciones de apoyo relativas al "**PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ESCOLAR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS AÑO 2023**", de la Comuna de Alto Hospicio.

**RESUELVO,**

1.- **APRUÉBASE** el convenio de ejecución del "**PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ESCOLAR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS AÑO 2023**", Comuna de Alto Hospicio, de fecha 21 de febrero del año 2023, suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique, y la Municipalidad de Alto Hospicio.

2.- El convenio que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se pasa a transcribir:



**CONVENIO DE EJECUCIÓN**  
**“PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ESCOLAR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9**  
**AÑOS AÑO 2023”**  
**ENTRE EL SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO.**

En Iquique a 21 de febrero del año 2023, entre el **SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**, persona jurídica de derecho público, **RUT. 61.606.100-3**, con domicilio en **calle Aníbal Pinto N°815** de la ciudad de Iquique, representado por su **Directora Titular D. MARÍA PAZ DE JESÚS ITURRIAGA LISBONA**, chilena, Cédula Nacional de Identidad **N°6.454.817-4**, del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el **“SERVICIO”** por una parte; y por la otra, la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**, persona jurídica de derecho público, **RUT 69.265.100-6**, representada por su **Alcalde Don PATRICIO ELÍAS FERREIRA RIVERA**, chileno, Cédula Nacional de Identidad **N°10.481.059-4** ambos domiciliados en **Av. Ramón Pérez Opazo # 3125** de la comuna de Alto Hospicio, en adelante la **“MUNICIPALIDAD”**, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N°19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: **“En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la “MUNICIPALIDAD”, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49”**.

Por su parte, el artículo 5º del Decreto Supremo N°37 del año 2021, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma agregando la forma de materializarla al señalar **“para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución”**.

**SEGUNDA:** El presente convenio se suscribe conforme a lo establecido en el decreto con fuerza ley N°1-3063 de 1980, del Ministerio de Interior y sus normas complementarias; a lo acordado en los convenios celebrados en virtud de dichas normas entre el **“SERVICIO”** y la **“MUNICIPALIDAD”**, especialmente el denominado convenio per cápita, aprobado por los correspondientes decretos supremos del Ministerio de Salud; y a lo dispuesto en la ley N°19.378, que aprueba el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

**TERCERA:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria, incorporándola como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido desarrollar el Programa de **“Programa de Atención Integral de salud escolar en niños y niñas de 5 a 9 años”** en adelante el **“PROGRAMA”**, a fin de contribuir a mejorar la salud de la población beneficiaria legal del Sector Público de Salud, aumentando la capacidad de respuesta oportuna de la atención primaria, a los problemas de salud por los cuales consultan las personas, para lograr una red de atención primaria más eficaz y cercana a éstas, contribuyendo de tal forma a mejorar los problemas de acceso y resolutivez de la atención de salud a la comunidad en el que participarán las partes, en conformidad a lo establecido en el presente convenio.

El referido **“PROGRAMA”** ha sido aprobado por Resolución Exenta N°97 de fecha 3 de febrero del año 2023, del Ministerio de Salud y sus respectivas modificaciones, respecto a las exigencias de dicho programa, la **“MUNICIPALIDAD”** se compromete a desarrollar las acciones atinentes en virtud del presente instrumento.

Se deja establecido que, para los fines específicos del presente convenio, el **“PROGRAMA”** se ejecutará en el o los siguientes dispositivos de salud: Cesfam Pedro Pulgar (CESFAM), Cesfam Dr. Héctor Reyno G., Cecosf El Boro, Cecosf La Tortuga, Cesfam Dr. Yandry Añazco Montero, en los cuales se llevará a cabo el **“PROGRAMA”** a que se refiere el presente convenio, y que dependen de la **“MUNICIPALIDAD”**.

**CUARTA:** El Ministerio de Salud, a través del “SERVICIO”, conviene en asignar a la “MUNICIPALIDAD” recursos destinados a financiar los siguientes componentes del “PROGRAMA”:

**Componente 1:** Realizar controles de salud integrales a NN de 5 a 9 años matriculados en establecimientos de salud de la comuna en convenio.

Considerando que el control de salud hasta los 9 años se encuentra dentro del Plan de salud Familiar con financiamiento per cápita. La realización del control debe considerar la sinergia de este financiamiento y el aportado por este programa de reforzamiento, lo que permitirá la realización de los controles de salud integrales en el contexto escolar a una mayor cantidad de niños y niñas.

El Servicio de Salud, programa las actividades generales de acuerdo con la programación de controles de salud de 5 a 9 años del Plan de Salud Familiar de los distintos Centros de Salud de la comuna en convenio; y el presupuesto del PRAPS y población objetivo de los establecimientos educacionales considerados en la estrategia estimando así el total de niños y niñas a atender en el establecimiento educacional.

Conformación del equipo de salud escolar: la comuna se debe formar un equipo de profesionales liderado por la Referente del Ciclo Vital Infantil del Centro de Salud más cercano al establecimiento educacional donde se desarrolle el PRAPS. Este equipo se hace cargo de establecimientos educacionales subvencionados y municipales. Cabe destacar que este equipo, debe ser integrado por el profesional contratado para este PRAPS, y el/la profesional contemplado en el cálculo de dotación de recurso humano según Programación de la APS para la entrega de la prestación “control de salud infantil de 5 a 9 años” del año en curso.

Coordinaciones Equipo de Salud Escolar con Encargado de Salud del Establecimiento: El equipo de Salud Escolar coordina con el encargado de salud del establecimiento reuniones para establecer el Plan de Trabajo, considerando:

- Identificación de la población beneficiaria: Niños y niñas de kínder a 4to básico que no han tenido control de salud en la APS, que estén matriculados en colegios públicos y particulares subvencionados pertenecientes a las comunas en convenio que cuenten con consentimiento informado formado por el padre, madre o cuidador principal en caso de no estar presentes.
- Entrega de informativo de la realización de la atención, solicitud de firma de consentimientos informados que autorice la realización del control de salud integral a los niños y niñas con su control pendiente y el llenado del cuestionario de salud infantil al padre/madre o cuidador responsable (a través del encargado de salud, por medio de reuniones de apoderados u otros durante los primeros meses del año para favorecer la adhesión temprana)
- Estrategia local para la realización del Control de Salud Integral en el contexto escolar: considerando: calendarización de las atenciones por curso, espacio físico, equipamiento que permita resguardar la privacidad de los niños y niñas durante el control (biombos, toldos con cortinas, etc.) insumos, horario de realización de manera que no interfiera con actividades curriculares relevantes, entre otros.

#### **Articulaciones y Complementariedades**

**1)Municipalidades en Convenio:** Gestión local, contratación de recurso humano y compra de recursos materiales requeridos para ejecutar el programa con todos sus componentes a nivel local.

**2)Centro de Salud Familiar** en el cual se encuentra inscrito el niño o niña para las atenciones de salud de niños y niñas derivados por pesquisa de problemas de salud o factores de riesgo biopsicosociales que afecten su crecimiento y desarrollo.

**3)Establecimientos educacionales:** Considerando que en los Establecimientos Educacionales se mantiene cautiva a la población en edad escolar. Se articulará con estos la realización de las atenciones de Salud Escolar Integral. Para esto, por medio de la articulación del sector salud y

educación de los municipios, los profesionales contratados por las municipalidades para la ejecución del programa deberán contactar a los encargados de salud de los establecimientos educacionales en los que se desarrollará la estrategia. El establecimiento educacional deberá asignar un espacio físico y coordinar junto con el profesional de salud la agenda para la realización de los controles en cada nivel.

**4) Programa Servicios Médicos JUNAEB:** Este programa pesquisa problemas de salud relacionados con rendimiento escolar y otorga atención completa a los escolares que presentan problemas visuales, auditivos y de columna, a través de screening, diagnóstico, exámenes, tratamiento y control, realizados por profesionales especialistas del área médica

El Programa de “Atención Integral de Salud Escolar de niños de 5 a 9 años” y el “Programa de Servicios Médicos de JUNAEB” del Ministerio de Educación realizarán en forma periódica coordinaciones a nivel central con el Programa Nacional de Salud en la Infancia del Ministerio de Salud, con el fin de monitorear el cumplimiento de las actividades establecidas. Además, generará orientaciones y/o protocolos técnicos según corresponda. Cabe destacar que el componente el “Control de Salud Integral en el Contexto Escolar” propuesto tiene un enfoque integral y permite la derivación ante la pesquisa o sospecha de algunos problemas de salud pertenecientes a la oferta programática de JUNAEB. De esta manera, resulta necesaria la coordinación territorial para mejor gestión de este tamizaje complementario, coordinando derivaciones y contra derivaciones para dar respuesta a la necesidad de salud eventualmente pesquisada y privilegiando los contenidos promocionales y preventivos, debiendo contar con un formulario de derivación que se reconozca como parte de los acuerdos de ambas instituciones.

De acuerdo con la NT para la supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la APS vigente, la entrega de atenciones de salud integrales considera las siguientes prestaciones en los ámbitos de promoción de la salud, prevención y pesquisa precoz de factores de riesgo de alteraciones de la salud biopsicosociales:

**a) Valoración:** Revisión de antecedentes generales factores protectores y riesgos psicosociales aportados por padres y/o cuidador en conjunto con encargado de salud y/o profesor/a jefe de las escuelas de la comuna. Se identifica en caso de que corresponda: situación migratoria, pertenencia a pueblos indígenas, condición de género, situación de discapacidad, pertenencia a Programa de Integración, Escolar (PIE). Se evalúan hábitos alimentarios, patrones de descanso, eliminación intestinal y urinaria, actividad física y sedentarismo, hábitos de higiene bucal y corporal, factores que influyen el ámbito socioemocional, relaciones con pares, adultos y el sistema educativo, medidas de seguridad y prevención de accidentes. Adicionalmente se evalúa su desarrollo integral con énfasis en el desarrollo: psicosocial para la etapa escolar, motor fino y grueso, lenguaje y social, a través de la entrevista, examen físico, dibujo, entre otras estrategias. Contempla además un examen físico céfalo a caudal y por sistemas que incluye la valoración: antropométrica, de presión arterial, del estado general, neurológica, de la piel, ganglionar, oftalmológica, auditiva, de la cavidad oral, cardiopulmonar, desarrollo puberal (Escala de Tanner), ortopédica, genitourinaria, plan de inmunizaciones vigente y señales de violencia. Es importante destacar que la revisión genital solo puede ser realizada si los padres están presentes.

**b) Diagnósticos de la Supervisión de Salud:** Elaboración de diagnósticos nutricionales integrales, de talla, de problemas de salud, factores de riesgo, problemas y dificultades psicosociales y/o determinantes sociales detectados a nivel familiar, escolar, social entre otros.

**c) Intervenciones y derivaciones según las necesidades identificadas.** Según problema o necesidad en salud se deriva a la red de prestaciones correspondiente, colocando especial énfasis en las GES, se realiza una intervención educativa que aborden los problemas de salud y necesidades identificadas de los NN, acciones de educación sanitaria según el contexto epidemiológico y se envía un plan de intervención integral a familia y centro educativo.

**d) Lugar de realización:** El lugar de realización de este control, según las características y condiciones del territorio, puede ser el mismo establecimiento educacional, centro de salud u otro establecimiento que cuente con un lugar que cumpla los requisitos físicos mínimos para la realización del control según la recomendación de la Norma Técnica de Supervisión Infantil vigente, manteniendo la mirada del contexto escolar en el que se desenvuelve el niño o niña.

Realización del Control de Salud Integral individual en el contexto escolar: Antes de realizar el control de salud, se requiere tener el asentimiento de la realización del niño o niña, el que junto con el proceso explicación de los objetivos y procedimientos del control, incluya la forma del niño o niña de un documento amigable con imágenes y comprensible, con toda la información de lo que se realizará en el control.

En caso de no tener al sentimiento del niño o niña, se debe enviar a padres o tutores, la citación al control respectivo en el centro de salud. En caso de tener asentimiento se realiza el control de manera individual y No grupal.

**e) Rendimiento:** 2 por hora.

**f) Registros:** Al término del control se debe llenar:

Reporte de Salud al niño y niña: Se deberá informar al niño o niña verbalmente y a través de un documento amigable y según el grado de autonomía progresiva los resultados del control de salud y los compromisos consensuados que promuevan su salud o prevengan enfermedades o complicaciones (Anexo 1)

Reporte de Salud a los padres: Se deberá informar a los padres. Madres y/o cuidadores las acciones de promoción de salud, si estas se realizan en el establecimiento de educación, así como los resultados obtenidos de la atención de salud. Entregar a través de un medio oficial del establecimiento de educación la respectiva derivación según corresponda a través de un informativo que se llevará el estudiante (Anexo 2)

Ficha clínica el niño o niña

Formulario en línea con datos para el monitoreo del programa a nivel central con reporte de los resultados del control de salud que incluye: resultados del control, indicaciones o intervenciones a realizar por el niño y/o a realizar o reforzar por los padres y/o familia de éste e indicaciones respecto a derivación según las necesidades identificadas y la red de prestadores existentes a nivel territorial. Es importante señalar que en este formulario n debe ir el nombre o run del niño/a, pero si debe identificarse éste con un código consensuado por el programa, para poder realizar la gestión del caso correspondiente.

**g) Egreso del programa:** En caso de no requerirse la derivación a centro de salud u otro establecimiento, o no se requiere la elaboración de un plan de cuidados a realizar por el establecimiento educacional, niño o niña egresa del programa. En caso contrario continúa con Componente 2.

**Componente 2:** Gestión de Casos focalizados en las dimensiones de calidad, continuidad y oportunidad de la atención, ejecutando acciones que aseguren la continuidad de la atención y/o cuidados de salud de niños y niñas con necesidades o problemas de salud identificados en el Control de Salud Integral en el contexto Escolar. De esta manera con este componente se llevarán acciones que resguarden la continuidad y oportunidad de la atención de los Niños y Niñas (casos) identificados en el Control de Salud Integral en el contexto Escolar” con:

**a) Problema de salud que requiere derivación:** En caso de niños y niñas derivados por uno o más problemas de salud o factores de riesgo identificados en el control de salud escolar con fines ya sea de diagnóstico, control, seguimiento u otra prestación. El profesional dedicado a la gestión de casos deberá realizar seguimiento de la/s derivación/es, verificando la solicitud de hora, confirmación de asistencia o la ejecución de la atención por el establecimiento o programa al que el NN fue derivado, a través de llamadas telefónicas, revisión de ficha clínica u otra estrategia que se genere a nivel territorial. Por otra parte, si la atención aún no ha sido realizada, registrar las causas de esta situación y vincular en los casos necesarios al niño o niña nuevamente con la red de prestadores correspondiente.

**b) Problema o necesidad en salud que requiere de un plan de cuidados integrales a ejecutar en el Establecimiento Educativo.** En aquellos casos que se requiera la ejecución de cuidados en salud específicos en el establecimiento para resguardar la salud y bienestar del niño o niña en éste, el profesional de Gestión de Casos deberá enlazar los cuidados de la contra referencia actual

o remota, según la condición de salud del niño o niña, con el establecimiento educacional a través de un plan de cuidado integral a implementar en el contexto escolar.

En este componente cada comuna deberá asignar el rol de gestor de casos en un profesional de la salud que disponga de la información del NN:

- a. El gestor de casos completa y/o adapta una planilla que establezca los flujos de articulación las ofertas programáticas disponibles en el territorio.
- b. El gestor de casos planifica los seguimientos según jerarquización de los problemas de salud derivados y realiza un seguimiento respecto a:
  - i) Solicitud de hora, citación y/o ejecución de la atención de salud al cual fue derivado; coordinación según protocolos y flujogramas de manera de gestionar la respuesta o verificar la atención de salud (estas actividades pueden ser delegadas a TENS u otro personal administrativo, manteniendo la supervisión del proceso)
  - ii) Elaborar plan de continuidad de los cuidados en el Establecimiento educacional en los casos que se requiera.

**La oferta programática para la derivación (no financiada por el presente PROGRAMA):**

- Consulta con médico de APS/Asistente Social/Nutricionista /otro del Centro de Salud Familiar o centro en convenio según la red que le corresponda al escolar.
- Servicios Médicos de JUNAEB.
- Programa Elige Vida Sana si existe convenio en la comuna.
- Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil PASMI.
- Otros programas o estrategias que se implementen en el territorio según flujograma de articulación o necesidad especial de salud.

**Los egresos del programa:** Para egresar del programa se deberán cumplir uno de los siguientes criterios:

- Niño o niña derivado fue atendido y no requiere de la elaboración de un plan de cuidados a ejecutar por el establecimiento educacional.
- Niño o niña derivado fue atendido y requiere de la elaboración de un plan de cuidados a ejecutar por el establecimiento educacional. Éste se realiza y se socializa con encargado de salud del establecimiento.
- Niño o niña tiene una necesidad específica de salud que se encuentra en tratamiento que no necesita derivación, pero que sí requiere de la elaboración de un plan de cuidados a ejecutar por el establecimiento educacional. Éste se establece de manera consensuada con apoderado/familia y encargado de salud del establecimiento.

**Registro:** en cualquiera de los casos anteriormente descritos, se cierra el caso registrándolo en ficha clínica del NN y en el sistema de registro en línea de MINSAL Google Form.

**c) Población beneficiaria:** La población beneficiaria corresponde a niños y niñas con problemas de salud biopsicosociales o salud crónicos o necesidades especiales en salud preexistentes y/o identificados en el control de salud derivados a la red de prestaciones disponible ante la necesidad identificada

**d) La modalidad de producción del componente** es a través de la entrega del servicio por parte de un equipo de salud contratado por el PROGRAMA, que gestione y monitorice la realización de las atenciones en la red de prestadores vigentes de niños y niñas que fueron derivados por presentar algún problema de salud o factores de riesgo biopsicosociales y elabore planes de cuidados a seguir en el contexto educacional.



**e) Duración del componente y rendimiento:** El componente es permanente, se ejecuta de manera transversal a la realización del componente 1 (controles de salud) y su ejecución cuenta con un rendimiento estimado de 4 a 5 casos /hora para seguimiento y 2 casos /hora para formulación y socialización de planes de cuidados integrales a ejecutar en el establecimiento educacional para niños y niñas que tengan un problema de salud que requiera de cuidados específicos durante la permanencia en el establecimiento educacional.

**Componente 3:** Educación para la salud en establecimiento educacional, para promover la salud de la comunidad educativa y prevenir los principales problemas de salud presentes en la etapa escolar susceptibles de ser abordados mediante intervenciones educativas en salud detectados a través de un diagnóstico participativo.

- **Servicio provisto:** Los servicios entregados corresponden a prestaciones de Educación para la Salud en necesidades educativas en salud identificadas a través de un diagnóstico participativo que considere a los distintos miembros de la comunidad escolar: profesores, otros profesionales del establecimiento, apoderados, estudiantes y/o personal de apoyo. Las necesidades deben estar enmarcadas en la prevención de los principales problemas de salud presentes en la etapa escolar y deben ser susceptibles de ser abordado por medio de intervenciones educativas. De esta manera el equipo de salud deberá:
  - Realizar un diagnóstico participativo de necesidades educativas en salud en conjunto con el encargado de salud del establecimiento de la comuna en convenio (identificando problema, causas y efectos de estos). Se recomienda la jerarquización problemas en base a una matriz decisiones consensuada u otra estrategia de jerarquización.
  - Elaborar un programa educativo con:
    - Los resultados del diagnóstico, considerando las causas que genera la necesidad educativa o el problema de salud,
    - La planificación desde 1 a 3 intervenciones educativas de 1 hora de duración, elaborada en conjunto con la comunidad educativa o subconjunto de ésta, sustentadas en los principios de la Educación para la Salud con su respectiva evaluación de los aprendizajes.
  - Ejecutar según lo planificado las intervenciones educativas y evaluar los aprendizajes.
- **Estrategia de planificación y ejecución:**
  - **Coordinación con encargado de salud del Establecimiento:** Se realiza un trabajo diagnóstico previo en conjunto con el encargado de salud del establecimiento educacional de factores psicosociales de la comunidad escolar. Se aplica la Pauta para evaluar las condiciones ambientales, estructurales y/o curriculares (ANEXO 3) que contribuyen o ponen en riesgo la salud del niño/a.
  - **Coordinación para la realización del Diagnóstico Participativo:** Se coordina la fecha, lugar y participantes para la realización de un diagnóstico participativo con los miembros del establecimiento educacional
  - **Fases del Diagnóstico participativo:**
    - **Levantar las principales necesidades** educativas que den respuesta a los problemas de salud sentidos por la comunidad. Se recomienda primero levantar los problemas o necesidades en salud y establecer un paralelo con posibles intervenciones educativas.
    - **Incorporar en el listado los resultados del diagnóstico previo realizado junto al encargado de salud** que puedan ser intervenidos por medio de una intervención educativa.
    - **Jerarquizar en conjunto las problemáticas sentidas por la comunidad.** Considerando las variables: *Magnitud* (Frecuencia, Población afectada por el problema que genera la necesidad educativa); *Trascendencia* (Gravedad, Riesgo del problema que genera la necesidad educativa); *Costo* (Factibilidad económica de la solución); *Factibilidad* (Capacidad del equipo de salud para resolver el problema por medio de la Educación para la Salud); *Tendencia* (aumento, descenso, estable) entre otros.
    - **Análisis de las causas y efectos del problema jerarquizado** y se planifica globalmente el contenido de las sesiones, destinatarios y fecha de realización.

- **Planificación, Ejecución y Evaluación del Programa Educativo** por el profesional de enfermería y/o equipo de salud,
    - **Registros:** el profesional responsable registra la realización de este componente en la ficha clínica y el formulario en línea de MINSAL Google Form para monitoreo y evaluación a nivel central.
- **Población beneficiaria** Dependiendo del resultado del diagnóstico, la población beneficiaria podría corresponder a grupos de NN; profesorado, apoderados o a la comunidad en general.
- **La modalidad de producción del componente** es a través de la entrega del servicio de EpS (Educación para la Salud) por parte de un equipo de salud contratado por el PROGRAMA de la comuna en convenio.
- **Duración del componente y rendimiento:** El componente es permanente, se realiza de manera transversal durante el año, tiene un tiempo de duración estimada de: 1 hora para la realización del diagnóstico participativo en el establecimiento educacional y desde 1 a 3 horas para la ejecución de 1 a 3 intervenciones educativas. Y un equivalente a 10 horas destinadas a la gestión y elaboración de las intervenciones.

**QUINTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el **“SERVICIO”** asignará a la **“MUNICIPALIDAD”**, desde la fecha de total tramitación de la Resolución Exenta que apruebe el presente instrumento, la suma anual y única de **\$ 33.500.184 (treinta y tres millones quinientos mil ciento ochenta y cuatro pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior, en la medida que esos fondos sean traspasados por el Ministerio de Salud al **“SERVICIO”**.

El gasto según el siguiente detalle:

<b>DETALLE DEL GASTO DE LOS RECURSOS:</b>
Contratación – Horas Extras de Recurso Humanos para desarrollo del PROGRAMA y apoyos complementarios para regularizar vacunación de etapa escolar según calendario PNI
OTRAS COMPRAS: Se podrá obtener equipos menores, insumos, bienes y servicios por el PROGRAMA, según el siguiente proceso: 1.- Establecer un Plan de Gastos del “PROGRAMA” (de acuerdo a Anexo N°4) 2.- Enviar por correo electrónico Anexo N°4 a referente técnico del SERVICIO (macarena.parada@redsalud.gov.cl) 3.- Referente técnico revisa pertinencia e importancia de la inversión para el impacto del PROGRAMA 4.- Se da visto bueno para el gasto o se realiza recomendaciones.

**SEXTA:** La **“MUNICIPALIDAD”** está obligada a cumplir las coberturas definidas en este convenio, así como también se compromete a cumplir las acciones señaladas para las estrategias específicas. Asimismo, está obligada a implementar y otorgar las prestaciones que correspondan a la atención primaria, señaladas en el **“PROGRAMA”**.

El **“SERVICIO”** determinará previamente la pertinencia técnica de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos, o bienes, por parte de la **“MUNICIPALIDAD”**, asegurando que sean acordes a las necesidades del **“PROGRAMA”** y de acuerdo a la normativa vigente, para estos efectos deberá enviar vía correo electrónico a la referente del programa, la propuesta de compras, que deberá ser aprobada por el **“SERVICIO”**, previo a su adquisición. El **“SERVICIO”**, podrá determinar otros criterios de distribución de los recursos destinados, atendiendo a criterios de equidad y acortamiento de brechas en el otorgamiento de las prestaciones.

**SÉPTIMA:** El proceso de monitoreo y evaluación del cumplimiento del presente convenio por parte del **“SERVICIO”**, se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes



componentes del “PROGRAMA”, con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos.

- La **primera evaluación** técnica se efectuará con corte al **28 de abril del año 2023**, por medio del formulario centralizado de Google Form de MINSAL, enviado por el Referente del PROGRAMA en DIVAP. En esta instancia la comuna deberá estar al día con el envío de las rendiciones mensuales; en caso contrario no se procederá a hacer efectiva la transferencia de la segunda cuota de recursos.

En esta oportunidad la “MUNICIPLIDAD” deberá estar al día con el registro de las prestaciones en REM y Google Form de MINSAL, el que considera el reporte de las actividades administrativas del PROGRAMA que entregan un soporte para la estrategia del año en curso, considerando:

- Informe de recursos asignados.
  - Recurso humano para el desarrollo del programa
  - Servicios de apoyo necesarios (movilización, telefonía, compra o arriendo de equipos, servicios o adquisición de implementos, materiales, o bienes afines al desarrollo del PROGRAMA) los que deberán estar visados por el SERVICIO.
  - Numero de colegios que se incluirán en la estrategia
  - Matrículas de los establecimientos
  - Población beneficiaria: número de niños y niñas a atender por cada curso de cada establecimiento.
- La **segunda evaluación** técnica y final, se efectuará con corte al **28 de julio del año 2023**, fecha en que tener los registros de atención al día en Google Form de MINSAL. Asimismo, la “MUNICIPALIDAD” deberá haber hecho en ingreso de las rendiciones mensuales al día, en plataforma habilitada para estos fines.

La “MUNICIPALIDAD” deberá revisar los registros realizados en Google Form de MINSAL y de requerir correcciones, el plazo será hasta el **4 de agosto**. Las correcciones deberán realizarse a través de un segundo formulario en línea disponible para las evaluaciones por parte de MINSAL. Para esto, la “MUNICIPALIDAD” debe velar por el registro oportuno de cada una de las actividades realizadas en el PROGRAMA. En el caso de no alcanzar la meta, deberán además registrar la justificación y plan de mejora en el mismo formulario de MINSAL, que comprometa el cumplimiento global de la meta según ponderación de cada indicador. El SERVICIO, analizará, y podrá aceptar o rechazar la solicitud, reportando a MINSAL la decisión.

Conforme los resultados obtenidos en esta evaluación se harán efectiva la reliquidación de la segunda cuota.

La **Reliquidación** a la “MUNICIPALIDAD”, se hará efectiva en el mes de octubre por parte del “SERVICIO”, si es que el resultado final de la ponderación de los indicadores de la comuna es inferior al 40%, en relación al 100% de la meta anual. El descuento será proporcional al porcentaje de incumplimiento, de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO METAS DEL PROGRAMA		PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2ª CUOTA
x	Cumplimiento global menor a 40%	Porcentaje proporcional al cumplimiento
c	Cumplimiento global mayor a 40%	Sin reliquidación

opcionalmente, cuando existan razones fundadas del incumplimiento, la “MUNICIPALIDAD”, podrá apelar la decisión de reliquidar, mediante oficio enviado a Directora del “SERVICIO”, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa un cronograma para el cumplimiento de las metas, dentro del periodo vigente del convenio. El “SERVICIO”, analizará la apelación y verificará la existencia de razones fundadas para el incumplimiento. En caso de comprobar la existencia de razones fundadas, el “SERVICIO” podrá pedir al Ministerio de Salud la no reliquidación del “PROGRAMA” adjuntando los antecedentes que respalden esta solicitud.

- La **Tercera evaluación** técnica y final, se efectuará con corte al **7 de diciembre del año 2023**, fecha en que el **“PROGRAMA”** deberá tener ejecutado el **100%** de las acciones comprometidas en el convenio y la **“MUNICIPALIDAD”** haber enviado el informe técnico final de ejecución al **15 de diciembre del año 2023**.

No obstante, el **“SERVICIO”**, requerirá el envío de informes de avances de carácter técnico, con el fin de evaluar el cumplimiento de las actividades del **“PROGRAMA”**, y realizar recomendaciones para su correcta ejecución a través de referente técnico del programa de atención primaria.

Los datos considerados en las evaluaciones técnicas del **“PROGRAMA”**, serán constatados por el Departamento de Atención Primaria del **“SERVICIO”**, mediante solicitud de informes y visitas inspectivas por parte del/la Referente Técnico Encargado/a del **“PROGRAMA”** perteneciente al **“SERVICIO”**. Por lo anterior, la **“MUNICIPALIDAD”** deberá contar con informes detallados de fácil acceso, que respalden la información entregada.

El resultado de los indicadores al mes de diciembre del año 2023, podrán tener incidencia en los criterios de asignación de recursos del año siguiente, según señala Contraloría General de la República en su Resolución N°30/2015: “Los Servicios de Salud, no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos”.

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el **“PROGRAMA”**, según el siguiente detalle:

<b>N° DE COLEGIOS A INTERVENIR:</b>	Definido por la comuna y registrado el primer corte evaluativo del PROGRAMA en Google Form de MINSAL
<b>N° DE NIÑOS/AS A CONTROLAR</b>	Un total de 3000 niños y niñas
<b>GOOGLE FORM PARA EL REGISTRO</b>	<a href="https://sites.google.com/view/programa-infancia/paise">https://sites.google.com/view/programa-infancia/paise</a>

#### INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Indicador	Numerador	Denominador	Fuente de información	Meta anual	Ponderación
<b>Indicador N° 1:</b> Porcentaje de niños y niñas controlados y pesquisados con sospecha de problemas de salud	Número de niños y niñas controlados oportunamente y pesquisados con sospecha de problemas de salud en el año.	Número de niños y niñas controlados en el año.	Registro centralizado, sistematizado e implementado desde MINSAL en la plataforma Google Form que cuenta con la opción de selección o registro de la variable a medir.	<b>60%</b>	<b>25 %</b>
<b>Indicador N° 2:</b> Porcentaje de niños y niñas controlados que son derivados por sospecha de problemas de salud con seguimiento por gestión de casos.	N° de niños/as controlados que son derivados por sospecha de problemas de salud con seguimiento por gestión de casos en el año.	N° de niños/as controlados y con sospecha de problemas de salud en el año.	Link Google Form: <a href="https://sites.google.com/view/programa-infancia/paise">https://sites.google.com/view/programa-infancia/paise</a>	<b>100%</b>	<b>25 %</b>
<b>Indicador N° 3:</b> Porcentaje de escolares controlados de kínder a 4° básico en establecimientos de comunas seleccionadas	N° de escolares matriculados controlados de kínder a 4° básico en establecimientos de comunas seleccionadas en el año	N° de escolares matriculados de kínder a 4° básico en establecimientos de comunas seleccionadas en el año	<b>Numerador:</b> Registro Estadístico Mensual de niños y niñas controlados en el establecimiento educacional (REM-DEIS). <b>Denominador:</b> Registro de matrículas reportadas por MINEDUC en su sitio web.	<b>100%</b>	<b>25%</b>

<b>Indicador Nº 4</b> Porcentaje de escolares con plan de cuidados a implementar por el establecimiento educacional.	Nº de escolares con problema o necesidad especial de salud con plan de cuidados elaborados y entregados en el establecimiento educacional en el año.	Número de escolares que requieren un plan de cuidados a ejecutar por el establecimiento o educacional por problema o necesidad especial de salud en el año	Registro centralizado, sistematizado e implementado desde el nivel central en la plataforma Google Form que cuenta con la opción de selección o registro de la variable a medir	<b>70%</b>	<b>15%</b>
<b>Indicador Nº 5</b> Porcentaje de Establecimientos Educacionales con intervenciones educativas realizadas en base de un diagnóstico participativo	Nº de establecimientos educacionales con intervenciones educativas realizadas en base de un diagnóstico participativo en el año	Nº de establecimientos educacionales en convenio	Link Google Form: <a href="https://sites.google.com/view/programa-infancia/paise">https://sites.google.com/view/programa-infancia/paise</a>	<b>100%</b>	<b>10%</b>
<b>Cumplimiento Global</b>					<b>100 %</b>

Indicador	Metodología y definiciones conceptuales
<b>Indicador Nº 1:</b> Porcentaje de niños y niñas controlados y pesquisados con sospecha de problemas de salud	El porcentaje de problemas de salud detectados, se calculó de acuerdo con las pesquisas de la situación de salud de la población de ese grupo etario. La pesquisa oportuna es de los escolares controlados cada año, (de marzo a noviembre). No obstante, los hallazgos o problemas de salud son aquellos que se identifican con parámetros fuera de rango normal. Se entiende por sospecha de problemas de salud a la suposición de un problema de salud. Se coloca este término, puesto que el diagnóstico solo puede ser determinado por un profesional médico
<b>Indicador Nº 2:</b> Porcentaje de niños y niñas controlados que son derivados por sospecha de problemas de salud con seguimiento por gestión de casos.	El 100% de problemas de salud detectados como sospechas de problema de salud en este grupo etario, se derivan a control o confirmación diagnóstica (CESFAM, JUNAEB, PASMI, entre otros). Se espera que el 100% de los niños con sospecha de problemas de salud sean derivados a través de un documento de referencia, según corresponda y se les realice seguimiento de dicha derivación. Se entiende como seguimiento a la verificación de solicitud y asignación de hora y la realización de esta consulta realizada a través de llamadas telefónicas, revisión de ficha clínica u otro mecanismo implementado a nivel local que deberá registrarse en el sistema centralizado de Google Form y ficha clínica.
<b>Indicador Nº 3:</b> Porcentaje de escolares controlados de kínder a 4º básico en establecimientos de comunas seleccionadas	Al denominador se le debe restar el 30% (cifra histórica del programa) de los niños y niñas no podrá ser controlado por las siguientes razones: a) no cuentan con el consentimiento informado firmado por los padres; b) no corresponde la realización del control ya que tiene su control anual al día; c) niños y niñas con reiteradas inasistencias, no pudiendo concretar el control en el establecimiento educacional u otro según sea pertinente
<b>Indicador Nº 4</b> Porcentaje de escolares con plan de cuidados a implementar por el establecimiento educacional.	Este indicador considera a los niños y niñas con problemas o necesidades de salud identificados en el control de salud ya sean permanentes o transitorios que cuenten con seguimiento por medio de la gestión de casos y requieran de un plan de cuidados que deba ser implementado por el establecimiento educacional. Se entiende como plan de cuidados el conjunto de intervenciones propuestas a ser implementadas por el establecimiento educacional para el adecuado manejo de niños y niñas con problemas o necesidades especiales de salud con el objetivo de resguardar su salud durante su permanencia en el establecimiento educacional (Manejo en caso de descompensación ante ASMA, Crisis convulsivas en Niños y niñas con Epilepsia, Manejo de descompensación en niños y niñas con hipertensión o DM, etc.). Se estima que un 25% de los problemas de salud a los que se le realice seguimiento por medio de la gestión de casos, requerirán un plan de cuidados a implementar por el establecimiento Educacional.

<p><b>Indicador Nº 5</b></p> <p>Porcentaje de Establecimientos Educativos con intervenciones educativas realizadas en base de un diagnóstico participativo</p>	<p>Se realizará a todos los establecimientos de salud en convenio, una o más intervenciones educativas (presencial y/o a distancia) en base a los resultados de un diagnóstico participativo con los miembros del establecimiento educacional.</p>
--	--

Para efectos de registro de información de prestaciones, solicitudes y órdenes de atención, éstas deberán ser registradas en Plataformas: **Google Form de MINSAL, REM, RAYEN, SIGGES, y OTRAS** habilitadas para estos fines, según corresponda, únicos medios de verificación de atención de pacientes **FONASA**.

Adicionalmente el Departamento de Atención Primaria del **“SERVICIO”**, efectuará la fiscalización del uso correcto y adecuado de los recursos, mediante visitas inspectivas, solicitud de informes de avances y demás medios previstos por las normas y procedimientos de auditoría de conformidad con la normativa vigente.

**OCTAVA:** Los recursos mencionados en la cláusula quinta financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al **“PROGRAMA”** y se entregarán en dos cuotas, de acuerdo con la siguiente manera y condiciones:

- La primera cuota de \$ **23.450.129 (Veintitrés Millones Cuatrocientos Cincuenta Mil Ciento Veintinueve pesos)**, correspondiente al 70% del total de los recursos del presente convenio, se transferirá una vez emitida la Resolución Exenta que aprueba el presente instrumento y una vez recibidos los recursos desde el Ministerio de Salud.
- La segunda cuota y final de \$ **10.050.055 (Diez Millones Cincuenta Mil Cincuenta Y Cinco pesos)**, correspondiente al 30% del total de los recursos del presente convenio, se transferirá según los resultados obtenidos en la primera evaluación definida en la cláusula anterior y una vez sean recibidos los recursos desde el Ministerio de Salud.

La entrega de la segunda cuota del programa estará condicionada a dos aspectos principales:

**1º Evaluación Técnica del Programa:** Evaluación realizada por el Referente Técnico de Atención Primaria del **“SERVICIO”**, encargado del **“PROGRAMA”**, según la cláusula séptima del presente convenio, lo cual será informado por el **“SERVICIO”** a través de la plataforma habilitada para estos fines a la **“MUNICIPALIDAD”**, posterior a los cortes de evaluación indicados en la misma cláusula.

**2º Evaluación Financiera del Programa:** Evaluación realizada por el Departamento de Finanzas del **“SERVICIO”**, a través de la plataforma habilitada para estos fines, donde la **“MUNICIPALIDAD”** debe dar cuenta de los recursos otorgados por el **“SERVICIO”**, de forma mensual, según lo dispuesto en la **Resolución N°30/2015 de Contraloría General de la República**, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas.

Asimismo, la **“MUNICIPALIDAD”** deberá haber hecho en ingreso de las rendiciones mensuales hasta el mes de **diciembre del año 2023** en plataforma habilitada para estos fines. En caso contrario el **“SERVICIO”** procederá a solicitar a la **“MUNICIPALIDAD”** el reintegro de los recursos que no hayan sido ejecutados, a más tardar el **31 de enero del año 2024**.

**NOVENA:** El **“SERVICIO”** no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, en el caso que la **“MUNICIPALIDAD”** se exceda de los fondos destinados por el **“SERVICIO”** para los efectos de este convenio, esta asumirá el gasto excedente, lo que no debe afectar el cumplimiento, ni los plazos de ejecución dispuestos por este medio para otorgar las prestaciones y/o acciones propias del **“PROGRAMA”**.

**DÉCIMA:** La Municipalidad deberá rendir los gastos del Programa, únicamente utilizando el Sistema de Rendición Electrónica de cuentas de la Contraloría General de la República, en adelante, “**SISREC**” y de conformidad con lo establecido en la **Resolución N° 30/2015, de la Contraloría General de la República**, o de las resoluciones que la modifiquen o la reemplacen.

En plataforma “**SISREC**”, la rendición debe presentar documentos auténticos digitalizados y documentos electrónicos, previa validación del ministro de fe de la “**MUNICIPALIDAD**”, que justifiquen cada uno de los gastos realizados en el mes correspondiente.

La “**MUNICIPALIDAD**” por su parte, quedará obligada, en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- a) Utilizar la plataforma “**SISREC**” para la rendición de cuentas a que dé lugar al presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil “**EJECUTOR**”, dando cumplimiento al marco normativo aplicable que instruye la Contraloría General de la República en la Resolución N°30/2015.
- b) Asignar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y atribuciones necesarias para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado, analista y ministro de fe, en “**SISREC**”.
- c) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del “**SISREC**”. Lo anterior incluye: la adquisición de token para firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.
- d) Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
- e) Solicitar el cierre de Proyecto en “**SISREC**”.

El “**SERVICIO**”, por su parte, quedará obligado, en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

- a) Asignar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista de la plataforma “**SISREC**”.
- b) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto, con documentación electrónica y digital a través de la plataforma “**SISREC**”, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye: la adquisición de token para la firma electrónica avanzada del encargado otorgante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

La “**MUNICIPALIDAD**” deberá rendir los gastos mensuales del Programa una vez realizada la primera remesa, utilizando la plataforma “**SISREC**” y sujetándose a lo establecido en la Resolución N°30/2015 de la Contraloría General de la República, según las siguientes fechas:

MES PARA RENDIR	PLAZO ENVÍO RENDICIÓN
Enero 2023	Febrero 2023
Febrero 2023	Marzo 2023
Marzo 2023	Abril 2023
Abril 2023	Mayo 2023
Mayo 2023	Junio 2023
Junio 2023	Julio 2023
Julio 2023	Agosto 2023
Agosto 2023	Septiembre 2023
Septiembre 2023	Octubre 2023
Octubre 2023	Noviembre 2023

Noviembre 2023	Diciembre 2023
Diciembre 2023	Enero 2024
<b>Enero 2024</b>	<b>Febrero 2024</b>

*El periodo a rendir del mes de enero 2024, corresponde únicamente a boletas de honorarios y liquidaciones de remuneraciones cuyos montos líquidos son devengados o pagados antes del 31 de diciembre de 2023 y que sus pagos de impuestos e imposiciones son efectuados en enero de 2024, considerando que, por proceso tributario, éstos últimos terminan siendo enterados al fisco al mes siguiente. Esto no implica, bajo ningún aspecto, que la ejecución del programa sea hasta el mes de enero de 2024, por lo que no se aceptará la rendición de otros gastos efectuados.*

Dichos informes mensuales, deberán contar con documentación de respaldo, la que deberá encontrarse en estado devengado y pagado. Los antecedentes de respaldo deben ser original digitalizado o electrónico y deben incluir lo que señala a continuación, según corresponda en cada programa de salud:

- Copia de comprobantes de ingreso digitalizado o electrónico.
- Copia de comprobantes de egreso digitalizado o electrónico.
- Copia boletas de honorario de RRHH digitalizado o electrónico.
- Contrato de personal RRHH digitalizado o electrónico.
- Liquidaciones de sueldo especificando pago por concepto de PRAPS, digitalizado o electrónico.
- Facturas y/o boletas compras de insumos o equipamiento digitalizado o electrónico.
- Boletas de respaldo en caso de tener caja chica o fondo por rendir digitalizado o electrónico.

Asimismo, toda la documentación original de respaldo, deberá estar disponible en la **"MUNICIPALIDAD"** para cuando el **"SERVICIO"** así lo requiera, para su fiscalización, en caso de ser necesario.

**DÉCIMA PRIMERA:** En el caso que se registren excedentes de los recursos financieros en el ítem de Recursos Humanos del programa, la **"MUNICIPALIDAD"** podrá redestinarlos para el pago de extensión u horas extras de los recursos humanos contratados para la ejecución del **"PROGRAMA"** y/o contratar recurso humano de acuerdo al convenio y a las necesidades del **"PROGRAMA"** para su eficiente ejecución, siempre con previa autorización del Referente Técnico del Servicio, encargado/a del **"PROGRAMA"**.

**DÉCIMA SEGUNDA:** La **"MUNICIPALIDAD"**, deberá dar cumplimiento a las normas de procedimientos establecidos, de manera que el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente.

Por lo anterior, y con el fin de monitorear, controlar y asegurar la oportuna entrega de recursos al Departamento de Salud, la **"MUNICIPALIDAD"** deberá rendir el informe mensual en **"SISREC"**, dentro de **los quince primeros días hábiles administrativos siguientes al que se informa**, incluso en aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, y deberá señalar, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente. Cuando el organismo receptor, esto es, la **"MUNICIPALIDAD"** tenga la calidad de ejecutor, deberá proporcionar información sobre el avance de las actividades realizadas.

Asimismo, la **"MUNICIPALIDAD"**, deberá registrar en plataforma **"SISREC"**, en un periodo no superior a 07 días hábiles, al **"SERVICIO"**, el comprobante de ingreso municipal que acredita que la **"MUNICIPALIDAD"**, recibió la transferencia de fondos, materia de este convenio.

El **"PROGRAMA"** estará sujeto a que el Departamento de Atención Primaria de Salud, Departamento de finanzas y/o las respectivas Subdirecciones del **"SERVICIO"**, valide en terreno las



rendiciones financieras para lo cual, la **“MUNICIPALIDAD”** se compromete a tener la documentación original que respalde su gasto en función del **“PROGRAMA”**.

**DÉCIMA TERCERA:** Será responsabilidad de la **“MUNICIPALIDAD”**, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de Salud. Lo anterior, independientemente de las atribuciones que le competen al **“SERVICIO”**, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, el Departamento de Atención Primaria, Subdirección Médica y/o el Departamento de Gestión Financiera, o Subdirección Administrativa del **“SERVICIO”**.

Por su parte, la **“MUNICIPALIDAD”** se compromete a facilitar al **“SERVICIO”** todos los informes y datos que sean requeridos para la evaluación del cumplimiento de las actividades y ejecución de los recursos en su formato original. El incumplimiento de la entrega de cualquier documento a que se refiere esta cláusula, requerido por el **“SERVICIO”**, se pondrá en conocimiento de las autoridades de control, tanto interno como externo de la Administración del Estado, para que adopten las medidas consignadas en la normativa vigente.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio tendrá vigencia a partir del **01 de enero del año 2023 al 31 de diciembre del año 2023** para la ejecución de las actividades comprendidas en este convenio.

Sin perjuicio de lo anterior, las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará de forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con la disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que las partes decidan ponerle termino por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo.

Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del **“SERVICIO”**, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del Sector Público respectiva.

**DÉCIMA QUINTA:** Considerando la necesidad de asegurar la continuidad de la atención y prestaciones de salud, las partes dejan constancia que por tratarse de un **“PROGRAMA”** ministerial que se ejecuta todos los años, las prestaciones descritas en éste se comenzaron a otorgar desde el **01 de enero del año 2023**, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio. Lo anterior según se establece en la Ley de Bases N°19.880 en su artículo 52.

**DÉCIMA SEXTA:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, los saldos transferidos no utilizados, deberán ser reintegrados por la **“MUNICIPALIDAD”**, a Rentas Generales de la nación, a más tardar el 31 de enero del año 2024, según señala el artículo 7° de la Ley N°21.516 de Presupuesto para el sector público, correspondiente al año 2023, salvo casos excepcionales debidamente fundados.

Los fondos transferidos a la **“MUNICIPALIDAD”**, solo podrán ser destinados a los objetivos y actividades que determine el programa en las cláusulas sexta y séptima del presente convenio.

En el caso que la **“MUNICIPALIDAD”** por razones debidamente fundadas, no cumpla con las acciones y ejecuciones presupuestarias establecidas en el convenio, puede solicitar una modificación a través de Oficio dirigido a Directora del **“SERVICIO”** para su aprobación, exponiendo los fundamentos pertinentes y respaldos hasta el **30 de octubre del año 2023**. El Referente Técnico del **“PROGRAMA”** del **“SERVICIO”** es el encargado de ponderar esta solicitud, considerando que la destinación de estos recursos es solo para acciones atingentes al programa. Excepcionalmente y en la medida que se reciban nuevos recursos se procederá a elaborar addendum correspondiente.

**DÉCIMA SÉPTIMA:** El envío de información financiera e informes técnicos solicitados en el presente convenio, deberán realizarse en sistema de Rendiciones “**SISREC**”, único medio habilitado para estos fines. Para efectos de prestaciones y solicitudes u órdenes de atención, deberán realizarse en sistema de registro **REM, RAYEN**, plataformas y planillas normadas según corresponda, medios de verificación de atención de pacientes **FONASA**.

**DÉCIMO OCTAVA:** Los anexos que conforman el presente convenio son los siguientes:

ANEXO 1:



**REPORTE DE SALUD ESCOLAR PARA EL NIÑO O NIÑA**  
**HOY TUVE MI CONTROL DE SALUD ESCOLAR**  
**DE LOS [ ] AÑOS**



MI NOMBRE		FECHA	
MI PESO ES:		MI TALLA ES:	
MI PESO PARA MI TALLA Y MI EDAD ES:	😊 😊 😐 😞	MI ALIMENTACIÓN ESTÁ	😊 😊 😐 😞
ME COMPROMETO A			
 MI CABEZA Y PELO ESTÁ	😊 😊 😐 😞	 MIS OJOS Y VISIÓN ESTÁN:	😊 😊 😐 😞
 MIS DIENTES ESTÁN:	😊 😊 😐 😞	ME COMPROMETO A:	
 MI PIEL E HIGIENE CORPORAL ESTÁN:	😊 😊 😐 😞	ME COMPROMETO A:	
 MI GUATITA ESTÁ:	😊 😊 😐 😞	ME COMPROMETO A:	
 MI PRESIÓN ARTERIAL ESTÁ:	😊 😊 😐 😞	 MIS PULMONES Y CORAZÓN ESTÁN:	😊 😊 😐 😞
 MI COLUMNA Y POSTURA ESTÁ:	😊 😊 😐 😞	ME COMPROMETO A:	
 MIS PIES ESTÁN:	😊 😊 😐 😞	 MIS HORAS DE PANTALLA ESTÁN:	😊 😊 😐 😞
 MIS HORAS DE SUEÑO ESTÁN:	😊 😊 😐 😞	 MI ADULTO/A DE CONFIANZA ES:	
ME COMPROMETO A:			
 EL ENFERMERO O ENFERMERA QUE ME HIZO EL CONTROL FUE:			

**ANEXO 2:**



**SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES**  
**DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA**  
 Departamento de Gestión de los Cuidados  
 Programa de Infancia  
 Programa de Atención Integral de Salud Escolar (PAISE) -2022

**REPORTE DEL CONTROL DE SALUD DEL ESCOLAR**

(Ajustar según requerimientos locales)

NOMBRE NIÑO/A		FECHA NAC:		FECHA				
EDAD CRONOLÓGICA		RUT:		CURSO				
EDAD BIOLÓGICA <sup>1</sup>								
COLEGIO		CENTRO DE SALUD						
PREVISIÓN		<input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> ISAPRE <input type="checkbox"/> FFAA/DIPRECA/OTRO						
<b>RESULTADOS CONTROL</b>								
Alteración Cuestionario Salud Escolar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Especificar alteraciones:								
Valoración:								
ANTROPOMETRÍA	PESO	TALLA	IMC:	PC	DG. PC	PA:	Dg. PA:	
INDICADORES NUTRICIONALES	P/E	T/E		P/T		IMC/E		
EXAMEN FÍSICO	Obs.							
Cabeza	Lesiones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Pediculosis: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Alopecia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro: _____	
Examen Agudeza Visual	OD ___/___; OI ___/___		AV (Agudeza Visual): Usa lentes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Hirschberg: <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-)			
Evaluación Bucal:	Fórmula dentaria:		Caries: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Obturaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Mal oclusión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Gingivitis: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Lesiones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Evaluación Pulmonar	Murmullo pulmonar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Evaluación Cardíaca:		Sospecha Asma		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Ruidos agregados:							
Abdomen								
Columna	Test Adams ( _ )							
Marcha	Normal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especificar: _____							
Extremidades	Simétricas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Pie	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Plano flexible no doloroso <input type="checkbox"/> Plano flexible doloroso <input type="checkbox"/> Plano rígido <input type="checkbox"/> Cavo							
Piel								
Grados Tanner reportado			Edad Biológica					

<sup>1</sup> Edad que considera el desarrollo puberal de escolares. Se recomienda evaluar por edad biológica a varones entre ≥10 y < 16 años; Mujeres ≥ 8 años y < 15

### ANEXO 3:

#### PAUTA DE EVALUACIÓN DE CONDICIONES GENERALES DE LA ESCUELA

Nombre de la escuela

#### INFRAESTRUCTURA Y CONDICIONES GENERALES DE LA ESCUELA

Año de construcción del establecimiento

Criterio	Observaciones
<p>¿Cuenta con infraestructura adecuada para niños con necesidades especiales?</p> <p><input type="checkbox"/> rampas en acceso principal y dentro del establecimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> ascensores</p>	
<p><input type="checkbox"/> ¿Existencia de basureros en cantidad y condiciones suficientes?</p>	
<p><input type="checkbox"/> ¿Existe un correcto manejo de la basura?</p>	
<p><input type="checkbox"/> ¿Existe un lugar establecido para realizar evacuaciones en caso de emergencia y un plan de evaluación instalado y evaluado en la escuela?</p>	
<p><input type="checkbox"/> ¿Existen instalaciones adecuadas para niños con necesidades especiales en salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Baños</p> <p><input type="checkbox"/> Lavamanos</p> <p><input type="checkbox"/> Altura de botones de ascensor</p>	
<p>Condiciones de las salas de clases</p> <p><input type="checkbox"/> luminosidad,</p> <p><input type="checkbox"/> temperatura,</p> <p><input type="checkbox"/> infraestructura,</p> <p><input type="checkbox"/> tipo de calefacción adecuada</p> <p><input type="checkbox"/> Dispensador de Alcohol gel</p> <p><input type="checkbox"/> Aforos adecuados (según corresponda)</p>	
<p><input type="checkbox"/> La cocina cumple con Condiciones Sanitarias</p>	
<p><input type="checkbox"/> El lugar donde comen los niños y niñas cumple con las Condiciones sanitarias</p>	
<p>Condiciones Sanitarias de los Baños:</p> <p><input type="checkbox"/> Dispensadores de jabón</p> <p><input type="checkbox"/> Papel Higiénico</p> <p><input type="checkbox"/> Toalla de papel</p>	
<p><input type="checkbox"/> ¿El establecimiento cumple con los estándares de limpieza?</p>	


### OFERTA CURRICULAR Y EXTRACURRICULAR DE ACTIVIDAD FISICA

Curso	Horas por Semana
Horas de educación física curriculares en Kínder	
Horas de educación física curriculares en 1° básico	
Horas de educación física curriculares en 2° básico	
Horas de educación física curriculares en 3° básico	
Horas de educación física curriculares en 4° básico	

### OFERTA DE ACTIVIDADES EXTRAPROGRAMÁTICAS DEPORTIVAS O QUE FOMENTEN LA SALUD (Yoga, meditación, danza, mindfulness, etc.)

Nombre actividad	Horas por Semana

### ALIMENTACION EN LA ESCUELA:

-  Adjuntar minuta semanal de alimentación (desayuno, almuerzo, onces, según corresponda a la escuela)

### ALIMENTOS ADICIONALES:

Criterio	Observaciones
<input type="checkbox"/> ¿Las colaciones son a libre elección de los padres?	
<input type="checkbox"/> ¿Las colecciones que llevan los estudiantes son las sugeridas por el colegio?	
<input type="checkbox"/> El/los Quioscos del establecimiento son saludables	
<input type="checkbox"/> El/los Quioscos del establecimiento son tradicionales	
<input type="checkbox"/> Existe venta de comida no saludable a la salida de la escuela	

### CONDICIONES DEL ENTORNO ESCOLAR

Criterios	Observaciones
<input type="checkbox"/> ¿Existen Industrias o fábricas cercanas a la escuela?	(especificar rubro y potenciales contaminantes)
<input type="checkbox"/> ¿Existen construcciones que generen alto nivel de ruido cercanos a la escuela?	
<input type="checkbox"/> ¿Existen Basurales en la cercanía de la escuela?	(Otras fuentes de potenciales contaminantes)
<input type="checkbox"/> ¿Existen Calles de alto tráfico frente a la escuela?	(señalar si existen pasos para cruce seguro de peatones en caso de existir calles importantes frente a la escuela)



<input type="checkbox"/> ¿Existen veredas o senderos seguros para llegar caminando a la escuela?	
<input type="checkbox"/> ¿Existen ciclistas con seguridad apropiada para dejar bicicletas?	
<input type="checkbox"/> ¿Existen otras fuentes de peligro ambiental en el entorno escolar?	

#### ANEXO N°4: Solicitud de visto bueno de compras al SERVICIO

Nombre de Insumo - Equipo menor u otro a comprar	Objetivo de la compra asociado al programa (justificación)	Valor (\$) unitario aproximado	Cantidad a adquirir	Justificación de la cantidad a comprar	Valor (\$) total aproximado


#### ANEXO 5:



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA  
Departamento de Gestión del Cuidado  
Programa Nacional de Salud de la Infancia

#### CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR CONTROL DE SALUD INTEGRAL ESCOLAR

El Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación, están realizando **controles de salud integrales a niños y niñas desde kínder hasta 4to básico**. Los controles tienen como objetivo **vigilar el normal crecimiento y desarrollo de niños y niñas en la etapa escolar**, identificando tempranamente complicaciones o alteraciones de la salud y bienestar que puedan afectar la trayectoria escolar con el fin de derivar oportunamente para su intervención o tratamiento.

Este control considera una entrevista de salud al escolar y la evaluación de:		Peso y talla		Presión Arterial		Columna		Postura/marcha
		Agudeza visual		Dental		Pies		Piel y mucosas

Posterior al control Ud. recibirá un reporte con los resultados del control, diagnósticos e indicaciones por escrito y se realizarán actividades de fomento de la salud en la escuela. En caso de requerir comunicarnos con Ud. nos contactaremos al teléfono de contacto que nos señale a continuación.

**No se realizará:** Procedimientos invasivos: como vacunación, toma de exámenes, etc. Ni evaluación genital, ya que sólo se realiza en presencia de los padres.

#### IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE Y APODERADO

NOMBRE COMPLETO:			
FECHA DE NACIMIENTO:		RUT	
COLEGIO:		CURSO	
NOMBRE APODERADO:			
¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON EL NIÑO O LA NIÑA?	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Otro (especificar relación)		
DIRECCIÓN:			
COMUNA:		REGIÓN	
TELÉFONO DE CONTACTO:		E-MAIL	
PREVISIÓN:	<input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> ISAPRE <input type="checkbox"/> DIPRECA <input type="checkbox"/> CAPREDENA <input type="checkbox"/> SIN PREVISIÓN		
¿EL/LA ESCOLAR ESTÁ INSCRITO EN ALGÚN CENTRO DE SALUD (CONSULTORIO)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD:			
SI NO ESTÁ INSCRITO EN UN CONSULTORIO ¿DÓNDE RECIBE ATENCIONES DE SALUD CUANDO LO NECESITA?:			

¿AUTORIZA A QUE PROFESIONALES DE LA SALUD REALICEN EL CONTROL DE SALUD AL NIÑO ONIÑA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE ASISTE?

- Sí autorizo que el niño/niña reciba el control de salud integral en la escuela  
 NO autorizo que el niño/niña reciba el control de salud integral en la escuela

Firma del/la responsable

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## ANEXO 6:

### CUESTIONARIO DE SALUD INFANTIL DE 5 A 9 AÑOS I

Recolectar información de salud y antecedentes del niño o niña desde kínder a cuarto básico que recibirá el control de salud escolar en establecimiento educacional. Existen dos formatos de cuestionario, uno para niños y otra para niñas, ambas formas poseen tres secciones, a saber:

- Sección 1, identificación: Donde se recolectan datos de identificación del niño o la niña.
- Sección 2, signos de Alerta, se compone de preguntas dicotómicas (sí y no) que indagan sobre la existencia de factores asociados a problemas de salud en problemas frecuentes en este grupo.
- Sección 3, Indicar estadio de desarrollo puberal, en esta sección describe y esquematiza la escala de desarrollo físico según sexo, a través de 5 estadios de desarrollo para mamas, genitales femeninos y masculinos y vello púbico (Escala de Tanner). En esta sección la madre, padre o cuidador o el profesional en presencia del apoderado debe observar el estado de desarrollo del niño o niña, e indicar con una cruz el estadio que mejor se ajuste la descripción.

### APLICACIÓN

Existen dos posibilidades de aplicación:

**Autoaplicado:** En caso de que el control de la salud escolar se realice en ausencia de la madre, padre o cuidador principal, el cuestionario lo debe completar en su totalidad y directamente la madre del niño o niña a controlar, quien posteriormente debe hacerlo llegar sus respuestas al equipo de salud.

Se solicita explícitamente que este cuestionario lo complete la madre y no otro integrante de la familia, dado que es necesario que para su llenado se haga observación directa del estadio de desarrollo puberal del niño o niña.

**Aplicado por equipo de salud escolar:** Si el control se realiza en presencia de la madre/padre o cuidador principal, el profesional que realiza el control realizará las preguntas de la sección A y B, y por observación directa la sección C.

### INTERPRETACIÓN

No existe puntuación de las respuestas, pero las respuestas señaladas gatillarán acciones determinadas, a saber:

- a) Sección 1: No aplica.
- b) Sección 2: La respuesta afirmativa a una pregunta debe gatillar que el profesional realice un examen más acucioso en las áreas correspondientes, de modo de evaluar si es necesario se realice la derivación, ver “Criterios de derivación y conducta a seguir”.
- c) Sección 3: Evaluar si los estadios señalados por la madre u observados por el profesional corresponden a la edad cronológica del niño o niña.

### CRITERIO DE DERIVACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR

Tras efectuado el control de salud y si el profesional considera que los antecedentes y las observaciones lo ameritan, se pueden realizar las siguientes derivaciones según corresponda:

Tópico	HOMBRES	MUJERES	Acciones a seguir
Orina	1 y 2	1 y 2	Derivación a médico de atención primaria o de red correspondiente para manejo y/o eventual derivación
Deposiciones / Anal	3,4, 5 y 6	3,4, 5 y 6	
Genital	7, 8 y 9	7	
Ingle	10	8	
Pubertad	11	9 y 15 (si es antes de los 8 años)	Derivación a médico de red de salud de atención primaria para estudio de adrenarquía
Respiratorio	12,13,14 y 15	10,11,12,13	Derivar a médico IRA o a kinesiólogo sala IRA según flujogramas
Pediculosis	16	14	Recomendaciones al apoderado

### CUESTIONARIO DE SALUD INFANTIL DE 5 A 9 AÑOS - HOMBRES

*Este cuestionario puede ser enviado por medio de formulario en línea según gestión local.*

Este cuestionario debe ser contestado por la madre, padre o el/la cuidador/a principal y tiene como objetivo apoyar el control de salud de 5 a 9 años escolar. Solicitamos que pueda contestar lo más precisamente posible y entregarlo o enviarlo al profesional que realice el control de salud escolar. Este formulario entrega valiosa información que permite determinar si su hijo tiene algún problema de salud que requiera intervención y es complementario a las preguntas y examen físico que se realizará en el establecimiento educacional. Por protección a los niños el examen escolar no incluye una revisión de los genitales, salvo que la madre, padre o cuidador principal estén presentes y lo autorice. Es por esto que se realizan algunas preguntas de desarrollo genital, así como algunas preguntas orientadas a detectar problemas de salud. La información que nos reporte es muy relevante para poder prevenir enfermedades y promover la salud de su hijo, por lo que agradecemos su cooperación.

Las respuestas a este cuestionario serán confidenciales (de conocimiento del profesional de la salud) y deben ser entregadas en un sobre sellado al profesor/a jefe, quien se los entregará al profesional de salud que realice el control de salud.

<b>Nombre Completo</b>			
<b>RUT</b>			
<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>Edad (años y meses cumplidos)</b>	
<b>Nombre de la madre, padre o cuidador/a</b>			
<b>Dirección</b>		<b>Teléfono</b>	
<b>Colegio</b>		<b>Curso</b>	


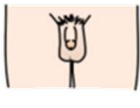
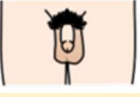


**Marque una X la opción que corresponda a su hijo:**

	PREGUNTAS	SÍ	NO
1	¿Se orina (o se hace pipí) de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
2	¿Se queja de dolor frecuente al orinar (hacer pipí)?		
3	¿Elimina deposiciones de manera involuntaria (se hace caca) de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
4	¿Ha visto en el último mes parásitos (gusanos) en sus deposiciones (caca) o en zona anal?		
5	¿Mancha los calzoncillos con secreción o deposiciones (caca) en forma habitual?		
6	¿Tiene picazón anal frecuente?		
7	¿Tiene secreción de muy mal olor en el pene, picazón frecuente o dolor en genitales?		
8	¿La piel que recubre el pene es estrecha y no permite salir la cabeza del pene?		
9	¿Uno o ambos testículos están ausentes en escroto (bolsita)?		
10	¿Tiene un aumento de volumen (hinchazón) en la ingle (parte del cuerpo entre el muslo y abdomen)?		
11	¿Tiene olor axilar similar al de un adulto (Esto es normal desde los 6 años en adelante)?		
12	¿Ha tenido sibilancias o silbido al pecho en estos últimos doce meses?		
13	¿Ha tenido sibilancias o silbido al pecho durante o después de hacer ejercicios (correr, etc.) en estos últimos doce meses?		
14	¿Ronca de noche?		
15	Si ronca de noche ¿tiene pausas respiratorias? (Se queda sin respirar al menos 15 segundos y luego vuelve a respirar)		

16 ¿Tiene actualmente piojos en su pelo?

Lea las siguientes descripciones del desarrollo genital (pene y testículos) y del vello púbico (pelos en pubis). La etapa en la que se encuentra el niño es la más avanzada presente para genitales o vello púbico. **Indique con una X el estadio que corresponda.**

#### GRADOS DE TANNER

ESTADIOS	GENITALES (PENE Y TESTÍCULOS)	INDIQUE ESTADIO	VELLO PÚBLICO (PELOS EN PUBIS)	INDIQUE ESTADIO
<b>Estadio 1</b> 	El pene y testículos no han cambiado, siguen siendo infantiles.		No hay pelos en zona púbica.	
<b>Estadio 2</b> 	El escroto (bolsa donde van los testículos) está enrojecido y arrugado, los testículos aumentan de tamaño levemente (2,5 cm de largo), el pene no se ha modificado.		Hay pelos suaves, lisos o levemente rizados en el pubis.	
<b>Estadio 3</b> 	El pene se engrosa, los testículos siguen aumentando de tamaño (3,5 a 4 cm de largo).		Pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.	
<b>Estadio 4</b> 	El pene se engrosa más y hay mayor desarrollo del glande (cabeza). Los testículos siguen aumentando de tamaño (4 a 4,5 cm de largo).		El vello tiene las características del adulto, más abundante, pero sin extenderse hacia los muslos (piernas).	
<b>Estadio 5</b> 	Los genitales tienen forma y tamaño similar al del adulto. Los testículos miden más de 4,5 cm de largo.		Vello se extiende hacia los muslos.	

Indique la/ las enfermedades que actualmente presenta su hijo (considerando el último mes o aquellas permanentes)

Indique los medicamentos que actualmente le da a su hijo.

Indique las cirugías que le hayan realizado a su hijo y la razón de éstas.

Indique alguna inquietud que tenga al respecto a la salud de su hijo.

## CUESTIONARIO DE SALUD INFANTIL DE 5 A 9 AÑOS – MUJERES

*Este cuestionario puede ser enviado por medio de formulario en línea según gestión local.*

Este cuestionario debe ser contestado por la madre, padre o el/la cuidador/a principal y tiene como objetivo apoyar el control de salud de 5 a 9 años escolar. Solicitamos que pueda contestar lo más precisamente posible y entregarlo o enviarlo al profesional que realice el control de salud escolar. Este formulario entrega valiosa información que permite determinar si su hija tiene algún problema de salud que requiera intervención y es complementario a las preguntas y examen físico que se realizará en el establecimiento educacional. Por protección a las niñas, el examen escolar no incluye una revisión de los genitales, salvo que la madre, padre o cuidador principal estén presentes y lo autorice. Es por esto que se realizan algunas preguntas de desarrollo genital, así como algunas preguntas orientadas a detectar problemas de salud. La información que nos reporte es muy relevante para poder prevenir enfermedades y promover la salud de su hija, por lo que agradecemos su cooperación.

Las respuestas a este cuestionario serán confidenciales (de conocimiento del profesional de la salud) y deben ser entregadas en un sobre sellado al profesor/a jefe, quien se los entregará al profesional de salud que realice el control de salud.

<b>Nombre Completo</b>			
<b>RUT</b>			
<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>Edad (años y meses cumplidos)</b>	
<b>Nombre de la madre, padre o cuidador/a</b>			
<b>Dirección</b>		<b>Teléfono</b>	
<b>Colegio</b>		<b>Curso</b>	











**Marque SÍ o NO a las siguientes preguntas**

	PREGUNTAS	SÍ	NO
1	¿Se orina (o se hace pipí) de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
2	¿Se queja de dolor frecuente al orinar?		
3	¿Elimina deposiciones de manera involuntaria (se hace caca) de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
4	¿Ha visto en el último mes parásitos (gusanos) en sus deposiciones (caca) o en zona anal?		
5	¿Mancha los calzones con secreción o deposiciones (caca) en forma habitual?		
6	¿Tiene picazón anal frecuente?		
7	¿Tiene secreción de muy mal olor en genitales, picazón frecuente en genitales o dolor en genitales?		
8	¿Tiene un aumento de volumen (hinchazón) en la ingle (parte del cuerpo entre el muslo y abdomen)?		
9	¿Tiene olor axilar similar al de un adulto (Esto es normal desde los 6 años en adelante)?		
10	¿Ha tenido sibilancias o silbido al pecho en estos últimos doce meses?		
11	¿Ha tenido sibilancias o silbido al pecho durante o después de hacer ejercicios (correr, etc.) en estos últimos doce meses?		
12	¿Ronca de noche?		

13	Si ronca de noche ¿tiene pausas respiratorias? (Se queda sin respirar al menos 15 segundos y luego vuelve a respirar)		
14	¿Tiene actualmente piojos en su pelo?		
15	¿Ha tenido su primera menstruación?		
	¿Qué edad (años y meses) tenía la niña cuando tuvo su primera menstruación?		

Lea las siguientes descripciones del desarrollo mamario (de los pechos) y del vello púbico (pelos en pubis). La etapa en la que se encuentra la niña es la más avanzada presente para mamas o vello púbico. **Indique con una X el estadio que corresponda.**

#### GRADOS DE TANNER

ESTADIO	MAMAS (PECHO)	INDIQUE ESTADIO	VELLO PÚBLICO (PELOS EN PUBIS)	INDIQUE ESTADIO
Estadio 1	 No tiene desarrollo alguno, puede haber un poco de grasa blanda en zona mamaria.	<input type="checkbox"/>	 No hay pelos en zona púbica.	<input type="checkbox"/>
Estadio 2	 Aumento de volumen (como una lenteja o más grande) duro, a veces doloroso, bajo el pezón.	<input type="checkbox"/>	 Hay pelos suaves, lisos o levemente rizados en el pubis.	<input type="checkbox"/>
Estadio 3	 Crecimiento de la mama y del pezón, mayor color en pezón.	<input type="checkbox"/>	 Pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.	<input type="checkbox"/>
Estadio 4	 Mayor aumento de la mama, con la areola (parte de color) más oscura y solevantada, por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama).	<input type="checkbox"/>	 El vello tiene las características del adulto, mas abundante, pero sin extenderse hacia los muslos (piernas).	<input type="checkbox"/>
Estadio 5	 Mama desarrollada en la que sólo sobresale el pezón.	<input type="checkbox"/>	 Vello se extiende hacia los muslos.	<input type="checkbox"/>



Indique la/ las enfermedades que actualmente presenta su hija (considerando el último mes o aquellas permanentes)

Indique los medicamentos que actualmente le da a su hija.

Indique las cirugías que le hayan realizado a su hija y la razón de éstas.

Indique alguna inquietud que tenga al respecto a la salud de su hija.

**DÉCIMA NOVENA:** Las partes fijan su domicilio en la Primera Región, sometiéndose a la competencia de sus tribunales de Justicia.

**VIGÉSIMA:** Déjese constancia que la personería de **D. MARÍA PAZ DE JESÚS ITURRIAGA LISBONA** para representar al Servicio de Salud de Iquique, consta en el Decreto Afecto N°56 del 29 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud. La representación de D. **PATRICIO ELÍAS FERREIRA RIVERA** para actuar en nombre de la Municipalidad de Alto Hospicio, emana del Decreto Alcaldicio N° 2494 de fecha 29 de junio de 2021 de la Municipalidad de Alto Hospicio.

**VIGÉSIMA PRIMERA:** El presente Convenio se firma digitalmente en un ejemplar, quedando este en poder del **“SERVICIO”**. Por su parte, la **“MUNICIPALIDAD”** contraparte de este convenio y la División de Atención Primaria de Ministerio de Salud e involucrados, recibirán el documento original digitalizado.

**VIGÉSIMA SEGUNDA:** Los bienes, equipos e infraestructura adquiridos con los fondos del presente convenio, deberán contar con un logo del Servicio de Salud Iquique y deberán mantener su destino conforme a los objetivos del presente programa, no pudiendo destinarse a otros fines.

**VIGÉSIMA TERCERA:** El gasto que irrogue el presente convenio se imputará al Ítem N°24-03 298-002 **“Presupuesto vigente del Servicio de Salud Iquique año 2023”**.

**3.- IMPÚTESE** el gasto total de \$ **33.500.184** (Treinta Y Tres Millones Quinientos Mil Ciento Ochenta Y Cuatro Pesos) que irrogue el presente Convenio de Ejecución correspondiente al “Programa DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ESCOLAR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS año 2023”, entre el Servicio de Salud Iquique y la Municipalidad de Alto Hospicio al ítem N°24-03 298-002 “Reforzamiento Municipal del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Iquique año 2023”.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE.**

