

**RESUMEN EJECUTIVO
EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES
(EPG)**

PROGRAMA MÁS SONRISAS PARA CHILE

MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

**PANELISTAS:
SUSANA PEPPER (COORDINADORA)
ROBERTO ARCE
ENRIQUE SAINT-PIERRE
CARLOS VICENCIO**

ENERO - JULIO 2017

NOMBRE PROGRAMA: Más Sonrisas para Chile
AÑO DE INICIO: 2014
MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud
SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Redes Asistenciales

RESUMEN EJECUTIVO

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2014 - 2016

PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2017: \$17.015.612 millones

1. Descripción general del programa

▪ Objetivos de Fin y Propósito

Su objetivo a nivel de fin es “Disminuir las brechas socioeconómicas de acceso a la atención odontológica” y su propósito es “Aumentar la cobertura de la atención odontológica a mujeres mayores de 15 años de grupos más vulnerables a través de la red de Atención Primaria de Salud (APS)”. Es decir, se cubre todo el espectro de la patología odontológica, incluyendo la rehabilitación a través de prótesis totales o parciales y la edad mínima para acceder al programa se modifica desde los 20 a los 15 años, sin tener para ello una clara fundamentación; no hay tope de edad para acceder al beneficio.

▪ Componentes:

Este Programa tiene un solo componente que es el alta integral e incluye educación en técnicas de higiene bucal y todas las prestaciones curativas incluyendo las prótesis totales y parciales. El programa define un precio por cada “alta integral” a partir de una canasta, y se otorgan tantos cupos como permita el presupuesto asignado cada año. Estos cupos definen la meta anual del programa y su evaluación se realiza a través del cumplimiento de dicha meta. Las mujeres beneficiadas son derivadas de las siguientes instituciones: Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SERNAMEG)¹, Fundación Promoción y Desarrollo de la Mujer (PRODEMU)², Fundación Integra y Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) para el personal que labora en estas instituciones, Programa de Recuperación de Barrios del Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU)³ y Sistema “Seguridades y Oportunidades” del MIDESO (Ex Chile Solidario)⁴. No existen mecanismos diseñados para poder focalizar y/o priorizar mujeres más vulnerables y con mayor daño.

El Ministerio de Salud (MINSAL) a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales define los recursos financieros para los Servicios de Salud (SS), los cuales son traspasados por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Los SS establecen convenios con las municipalidades para el cumplimiento de las altas integrales que corresponden a los recursos financieros entregados. Las municipalidades definen el prestador público o

¹Tiene la misión de “promover en la sociedad la igualdad, autonomía, equidad, no discriminación y una vida libre de violencia para las mujeres”

²Fundación para la Promoción y el Desarrollo de la Mujer que tiene como misión “Entregar herramientas a las mujeres para el desarrollo pleno de su autonomía, su liderazgo y el ejercicio de sus derechos, a través de una oferta formativa a nivel nacional”.

³El Programa se inicia el año 2006 como medida presidencial, con el objetivo de recuperar física y socialmente “Mi Barrio”, facilitando el vínculo de ese barrio con su ciudad; para ello se desarrolla un trabajo participativo entre el MINVU, municipio y la comunidad. El año 2014 vuelve a ser medida presidencial para 203 nuevos barrios en las 15 regiones del país. Se centra en mejorar los espacios públicos, fortalecer el tejido y la inclusión social a través de la participación.

⁴Programa orientado a personas y familias en situación de extrema pobreza que promueve su incorporación a las redes sociales, así como su acceso a mejores condiciones de vida para superar la condición de indigencia. Funciona a través de dispositivos de intermediación, consejería y acompañamiento, como medidas de apoyo psicosocial.

privado que realiza las atenciones, las cuales, en el período evaluado, son llevadas a cabo por privados entre un 26 a 23%, situación que ocurre cuando no hay recursos humanos o de infraestructura disponibles en APS para su ejecución. Con el objeto de evaluar la adecuación de los tratamientos entregados, se realizan auditorías a nivel local al 5% de los casos.

▪ **Población objetivo y beneficiarios efectivos**

Las mujeres que acceden al programa deben ser beneficiarias del FONASA y/o PRAIS y ser mayores de 15 años. Este límite de edad está siendo reconsiderado por los responsables del programa, en relación a volver a establecer el límite de los 20 años para ingresar al programa. Esto por cuanto la historia natural de la enfermedad crónica bucal, es de un daño creciente en el tiempo si no hay tratamientos periódicos y, por tanto, a más edad de la paciente, más será el daño a reparar. Por su parte, mientras más precozmente se intervenga, menor será el daño posterior y el impacto negativo en los ámbitos de calidad de vida y reinserción social.

Es posible acercarse a una estimación de la población potencial y objetivo a partir de los grupos poblacionales a los cuales apunta el programa y a las estimaciones de prevalencia que entregan las estadísticas disponibles respecto de patología bucal en este grupo.

Según estadísticas del FONASA, en el año 2014 la población de mujeres beneficiarias de FONASA de 20 y más años era de 5.225.196 personas; para ese mismo año la proporción que corresponde a los tramos A y B es de 24% y 35% respectivamente, es decir un 59% para ambos grupos, que, dados los criterios de focalización en población más vulnerable, representaría la población potencial; esto corresponde a 3.082.866 mujeres.

Las estadísticas respecto de la prevalencia de caries en mujeres, da cifras de un 63%⁵ y de percepción de necesidad de prótesis en mujeres mayores de 17 años de un 26%⁶.

Si se aplican estos porcentajes a la población de mujeres beneficiarias del FONASA en los tramos A y B se llega a una población objetivo de aproximadamente 1.911.377 para tratamiento de caries y de 801.545 para prótesis.

Las metas definidas por el programa fueron de 100.000 beneficiadas por año, que corresponden a mujeres que han recibido el tratamiento hasta su alta integral, incluyendo la prótesis en los casos que corresponda.

Número de beneficiados efectivos del Programa Más Sonrisas para Chile

Actividad	2013	2014	2015	2016
Altas Integrales "Más Sonrisas para Chile"		94.022	101.070	103.083

El programa ha beneficiado en los 3 años de funcionamiento a 298.175 mujeres, lo cual representa un 16% respecto de la población objetivo en el grupo afectado por caries y a un 37% del grupo que requiere prótesis.

▪ **Complementación y Superposiciones con otros programas de salud bucal:**

⁵ Encuesta Nacional de Salud 2003

⁶ Encuesta Nacional de Salud 2010

La superposición se da con la atención de especialidades en el nivel secundario, donde existen listas de espera importantes y en el componente de especialidades en APS del Programa de Mejoramiento del Acceso, aunque en un grupo pequeño, ya que ésta tiene en prótesis y endodoncia una cartera de servicios acotada. Es importante señalar que la mera existencia de listas de espera hace que estos programas más que superpuestos, refuercen el logro de los respectivos fines.

1. Resultados de la Evaluación

▪ Justificación del programa

Los estudios efectuados por el MINSAL concluyen que, en el año 2013, sólo un 20% de la población entre los 35 y 44 años conserva su dentadura completa y esta cifra se reduce al 1% en población de 65 a 74 años. El daño es mayor en mujeres, por lo cual el hecho de estar este programa enfocado a mujeres exclusivamente, está bien fundamentado.

La Encuesta Nacional de Salud del año 2003 muestra que hay un 17,2% de mujeres desdentadas de algún maxilar y un 7,7% desdentadas en ambos maxilares, con un 63% de prevalencia de caries. La misma encuesta el año 2010 señala que un 26% de mujeres tiene la percepción de necesidad de prótesis, la cual es casi 5 veces mayor en niveles educacionales bajos versus los niveles altos.

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida del año 2006 señala que el 37% de los encuestados mayores de 15 años considera que su salud bucal afecta su calidad de vida e incide en su funcionamiento social y desempeño público; además de afectar la estética facial, la alimentación y comunicación oral, generando impactos negativos en las relaciones interpersonales, la autoestima y calidad de vida.

Por su parte, la oferta pública es insuficiente para resolver esta problemática, existiendo a junio del 2016 un total de 1.622.537 pacientes que están en espera de ser atendidos por especialistas en el nivel secundario; de éstos, un 24% son del área odontológica, es decir, 394.659 pacientes. La especialidad de prótesis removible da cuenta del 23% de estos casos y las endodoncias de un 18%.

▪ Eficacia y Calidad

El programa no cuenta con indicadores a nivel de propósito ni de fin. Sin embargo, un estudio del año 2016 realizó una evaluación de impacto sobre la calidad de vida de las beneficiarias producto del programa, para una muestra de beneficiarias del año 2014, el cual encontró diferencias significativas en el índice de calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) de las pacientes después de recibir el tratamiento.

En cuanto a la eficacia por componentes:

Este programa consta de un único componente, cuyo producto son las Altas Odontológicas Integrales a mujeres vulnerables mayores de 15 años, con una meta fijada de 100.000 altas al año. Esta meta fue superada en 3,5% y 2,5% los años 2015 y 2016 respectivamente.

La prestación más importante de la canasta integral de servicios es la elaboración de prótesis removible, la cual es recibida por alrededor de un 80% de las pacientes.

Los niveles de producción señalados permiten afirmar que el programa ha aportado al cumplimiento de su propósito. Sin embargo, la falta de una definición precisa de la población objetivo del programa impide cuantificar este aporte.

Cobertura y focalización:

Aunque el programa no cuenta con un registro de beneficiarios efectivos, es posible suponer que cada alta integral corresponde a una beneficiaria distinta. Así, las beneficiarias habrían sido 103.499 en 2015 y 102.109 en 2016. Por otro lado, el programa no cuenta con estimaciones de su población potencial y objetivo. El panel ha estimado como población objetivo el número de mujeres que requieren prótesis, con lo que la cobertura alcanzaría a un 13%.

El programa se focaliza en mujeres mayores de 15 años pertenecientes a los grupos más vulnerables. Respecto al cumplimiento de los dos primeros criterios no existe problema porque son fácilmente verificables.⁷ Respecto a la pertenencia a los grupos más vulnerables no existe una definición explícita ni un procedimiento estandarizado para la selección de beneficiarias, quedando ésta en manos de las instituciones que derivan a las pacientes.

Una preocupación de la unidad gestora del programa es que los municipios y servicios de salud podrían estar realizando una selección de pacientes, privilegiando a las que presentan menor daño y, por ende, menor costo.⁸ Esto se reflejaría en una cantidad menor de prótesis que las esperadas y una participación mayor de pacientes de menor edad. Esto, sin embargo, no viola los criterios de focalización ya que el nivel de daño no está establecido dentro de ellos.

Calidad:

Este programa es el único de los programas odontológicos de reforzamiento de la APS que cuenta con auditorías para verificar la calidad de los servicios entregados. Sin embargo, no se lleva un control sistemático de los resultados de estas auditorías por parte del equipo de gestión del programa, registrándose como indicador solamente el número de auditorías realizadas en relación al número de auditorías comprometidas.

En definitiva, no existe evidencia de que las auditorías este cumpliendo su función como un instrumento de gestión de la calidad de las atenciones del programa. En consecuencia, se recomienda su reformulación, de manera que permitan comparar la calidad de la atención con un estándar preestablecido. Esto debe ir acompañado de un proceso formal de mejoramiento continuo, que permita corregir las desviaciones detectadas por las auditorías. En el mismo sentido, se recomienda reemplazar el indicador basado en el número de auditorías realizadas, por el porcentaje de auditorías con resultado satisfactorio.

▪ Economía

La fuente de ingreso del presupuesto del programa proviene del aporte fiscal. El presupuesto al año 2014, ascendió a un monto de M\$6.660.314, el 2015 con M\$16.706.708, el 2016 con M\$17.012.666, y el 2017, con M\$17.015.612.

El incremento de presupuesto entre año 2013, respecto del presupuesto del año 2017, ascendió a un aumento del 259%. Este presupuesto forma parte de un 1% del presupuesto del MINSAL en Atención Primaria. Los primeros registros, explican que este

⁷ Aunque en la base de datos REM para 2015 aparece un número pequeño de altas de pacientes menores de 15 años e incluso de hombres. Esto posiblemente se deba a errores de registro.

⁸ Esto se conoce en la literatura económica como “descreme”

aumento provendría del aporte fiscal del sector salud, sin tener registro de otras fuentes de apalancamiento financiero.

Por otro lado, incluyendo los recursos municipales, los presupuestos aumentan, resultando para el 2014, un presupuesto de M\$7.517.108, el 2015 con M\$19.197.302, el 2016 con M\$19.565.36, y el 2017 con M\$19.570.265. Este aporte comunal es solo recurso administrativo y logístico.

El nivel de ejecución del presupuesto a nivel de devengación de gasto asciende a un 100%, para los años 2014-2016, se asume que los recursos no son devueltos al Ministerio de Salud, lo que evidencia un nivel alto de uso de recursos para asegurar las prestaciones de salud bucal, sobre la base a metas comprometidas y ajustadas al marco presupuestario

El porcentaje de administración se mantiene en un 13% y en un 87% de inversión entre los años 2016-2017.

El gasto administrativo principal del programa proviene de las Municipalidades/Corporaciones que se materializan en recursos administrativos y logísticos para garantizar las prestaciones de salud bucal definidas.

Estos recursos se materializan en horas ocupadas por los funcionarios y gastos comunes básicos de operación de las instalaciones. El aporte financiero que se levantó, año 2017, se basó en el prorrateo del gasto administrativo del área de salud municipal en el Programa Mas Sonrisas, cuyo monto aproximado alcanzó los M\$2.555.000, a nivel nacional.

Estos recursos e insumos se usan como línea base para estimar el gasto administrativo de los años anteriores, basado en el porcentaje de presupuesto del programa del año respectivo en relación al presupuesto del año 2017.

La modalidad de adquisición de insumos y contratación de horas profesionales es realizada por los Servicios de Salud a través de la atención primaria, cuyo nivel de rendición de gastos a la fecha es del 100%. Se sugiere estimar la oferta de instalación y horas profesionales disponible para abordar otros programas, como, asimismo, saber aquella programación de compras de todos los programas de salud bucal, para efectuar compras al por mayor.

▪ **Eficiencia**

El indicador Gasto del programa/N° de altas muestra un pequeño incremento en el costo promedio por alta integral de 3,2% real entre 2015 y 2016 (años con información disponible para el cálculo del indicador), ello originado en que, si bien los recursos se incrementaron en un 1,8% real entre ambos años, las altas integrales tuvieron una disminución de 1,3%. Con todo, si bien los datos son pocos y las variaciones son menores, constituyen una señal para poner atención a la evolución de este componente.

Por otra parte, este valor es consistente con el de la canasta valorizada según el arancel MAI 2017 ($\sum \text{cantidad}_i \times \text{frecuencia}_i \times \text{precio}_i$), pero al compararla con precios privados, en este caso el Arancel del Colegio de Cirujano Dentistas UCO 2017, equivale solo a un 22% del costo de la canasta con estos últimos precios.

Si bien los precios del arancel privado son meramente referenciales, y la calidad de las prestaciones no necesariamente es similar, al considerar, además, que el costo promedio se encuentra cercano al de la canasta valorizada según MAI, tenemos elementos que nos permiten señalar que las altas de este programa serían financiadas a un bajo costo.

▪ **Desempeño Global**

El programa es bien evaluado en cuanto a que participa en la resolución de una problemática concreta y medida, que constituye un problema de salud pública. Se justifica así la intervención del Estado a través de estrategias particulares, que se focalicen en la población con mayor daño, para lo cual es adecuado un enfoque de género.

La medida en la cual aporta a la resolución de esta problemática en el contexto global de las atenciones realizadas por la red pública no es posible de evaluar. Sin embargo, dado el alto volumen de personas beneficiadas, es claro que en tanto exista un grupo de mujeres que no acceden al beneficio, el programa se justifica. Los niveles de producción señalados permiten afirmar que el programa ha aportado al cumplimiento de su propósito. Sin embargo, la falta de una definición precisa de la población objetivo del programa impide cuantificar este aporte.

Las acciones llevadas a cabo para el objetivo planteado se consideran adecuadas y suficientes.

Respecto de la focalización, si bien se considera adecuada la elección de instituciones participantes en el programa, no hay criterios explícitos de vulnerabilidad y un mecanismo uniforme de selección de beneficiarias al interior de estas organizaciones, incorporando el criterio de “nivel de daño”. No se asegura por tanto que mujeres en igualdad de condiciones tengan las mismas posibilidades de beneficiarse del programa.

Los criterios de focalización en términos de grupo etario requieren, a juicio del panel, ser revisados ya que hay evidencia que el nivel de daño es diferente de acuerdo a la edad, siendo mayor la proporción de desdentamiento a medida que la población envejece y, por otro lado, pudiera haber diferencias en la adhesión al tratamiento, es decir, al uso de la prótesis, también de acuerdo a la edad.

Se considera que el diseño actual, principalmente en cuanto disponer de una sola canasta y valor del alta integral, pudiera generar un descreme en los pacientes a ser atendidos. Junto con ello, las medidas de control y seguimiento se consideran insuficientes, dado que esta tarea la realiza la red APS y prestadores privados, con lo cual, el riesgo antes señalado se potencia.

Si bien este es el único de los programas evaluados dependientes de MINSAL que cuenta con auditorías de calidad, no existe evidencia de que éstas estén cumpliendo su función como un instrumento de gestión de la calidad de las atenciones del programa.

El presupuesto del programa, asociados a recursos del MINSAL y de las Municipalidades, en el año 2014 contempló un monto de M\$7.517.108, el cual tuvo anualmente incremento permanente de ingresos hasta llegar al año 2017, con un monto de M\$19.570.265, representando un 160% de crecimiento de presupuesto del Programa, y formado parte de

un 1,11% del presupuesto del MINSAL en Atención Primaria. Los primeros registros explican que este aumento provendría del aporte fiscal del sector salud, y de recursos administrativos del presupuesto de las Municipalidades/Corporaciones.

El nivel de ejecución del presupuesto a nivel de devengación de gasto asciende a un 100%, para los años 2014-2016, lo que evidencia un nivel alto de uso de recursos para asegurar las prestaciones de salud bucal, sobre la base a metas comprometidas y ajustado al marco presupuestario.

Los gastos han sido principalmente recursos de transferencia a la atención primaria, o gasto de producción, con más de 87% del gasto. Agregando el gasto administrativo proveniente de las Municipalidades/Corporaciones, el gasto de recursos humanos asciende a 9,7% del presupuesto (2015-2016), y agregando el gasto de bienes y servicios, el gasto administrativo aumenta a un 13% (2015-2016), con M\$2.490.594, y M\$2.552.701, respectivamente.

Si bien no hay registro de ahorros generados en los procesos de compra y contratación, por otro lado, no hay registros de mermas o pérdidas de patrimonio, así como no existen registro de costos de deudas incobrables.

Por otra parte, considerando que el costo promedio por alta es bajo y dado, además, el aumento en la calidad de vida para las personas tratadas, se puede decir que este programa es eficiente en el uso de los recursos.

2. Principales Recomendaciones

- Definir población potencial y objetivo en términos cuantitativos a objeto de medir cobertura; de igual forma, se considera pertinente definir explícitamente cuáles son los criterios de vulnerabilidad al cual apunta el programa, incorporando el criterio de “nivel de daño”. De esta forma se asegura que mujeres en igualdad de condiciones tengan las mismas posibilidades de beneficiarse del programa. Esto permitiría además dar un horizonte de tiempo al programa, dado que en el tiempo presente se está resolviendo una problemática que se ha acumulado en el tiempo y en la medida que se resuelva este grupo, teóricamente la población objetivo tenderá a disminuir en los años siguientes, considerando que las estrategias y políticas públicas en el área de salud bucal evitarán que este factor acumulativo se repita.
- Definir la edad mínima para acceder al programa: esto a partir de estudios y análisis de la demanda. Pudiera permitir, además, evaluar la necesidad de modificar los criterios de focalización.
- Establecer canastas diferenciadas de acuerdo al grado / complejidad del daño, lo cual permitiría un mayor grado de eficiencia en el uso de los recursos y compensar posible descreme de pacientes.
- Estimar la oferta de instalación disponible financiada por el Programa, para abordar demandas de otros programas en el caso que se hayan contratado recursos que no estén siendo utilizados en su totalidad.

- Conocer de las compras que realizan otros programas dentales para evaluar factibilidad de efectuar compras al por mayor.
- Incorporar en los convenios que se realizan con las entidades ejecutoras, criterios que permitan garantizar la calidad de los profesionales que en ella participan, de los insumos y materiales utilizados, así como de los resultados a obtener. En consecuencia, se recomienda su reformulación, de manera que permitan comparar la calidad de la atención con un estándar preestablecido. Esto debe ir acompañado de un proceso formal de mejoramiento continuo, que permita corregir las desviaciones detectadas por las auditorías. En el mismo sentido, se recomienda reemplazar el indicador basado en el número de auditorías realizadas, por el porcentaje de auditorías con resultado satisfactorio.
- Modificar la forma en que están diseñadas y son utilizadas las auditorías como herramientas de control de calidad, en términos de que éstas efectivamente entreguen información de utilidad para la gestión e impacten en la continuidad de los convenios para los casos en que sea recomendable su suspensión, para lo cual el MINSAL debe conocer de sus resultados y de las acciones que de ella se desprenden.
- Evaluar el uso de la plataforma de control financiero que tiene la APS para un efectivo control y supervisión de los recursos que son entregados por el nivel central en Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS).

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES
AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE**

AGOSTO 2017



Cabinete Ministra
Departamento de Control de Gestión Ministerial
R/CCG/MC/IDF/CMS



3086

ORD N°

ANT. : Ordinario 1374 de agosto de 2017 de Dirección de Presupuestos.

MAT. : Respuesta Institucional a los Informes Finales de Evaluación de los Programas de "Mejoramiento de Acceso a Atención Odontológica"; Sembrando Sonrisas"; y "Más Sonrisas para Chile".

SANTIAGO: 24 AGO 2017

DE: DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

A: SR. SERGIO GRANADOS AGUILAR
DIRECTOR DE PRESUPUESTOS

Junto con saludar, en cumplimiento de lo requerido en el ordinario de referencia, se adjuntan los documentos de respuesta institucional a los Informes Finales de las Evaluaciones de los Programas de "Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica"; "Sembrando Sonrisas"; y "Más Sonrisas para Chile", todos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Sin otro particular, le saluda atentamente



DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

Distribución:

- Dirección de Presupuestos
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Gabinete Sra. Ministra de Salud
- División de Atención Primaria
- Departamento de Modelo. DIVAP
- Departamento de Control de Gestión Ministerial
- Oficina de Partes MINSAL



Respuesta a Informe de Evaluación del Programa Más Sonrisas para Chile.

2017

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Agosto

I. Respuesta Institucional

En respuesta a la entrega del Informe Ejecutivo Final de la evaluación del Programa “Más Sonrisas para Chile” de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la opinión institucional, comentarios y reflexiones al proceso de evaluación, es necesario indicar lo siguiente:

El trabajo realizado por la comisión evaluadora aborda de manera extensa y acabada los aspectos epidemiológicos, financieros, y administrativos de la estrategia “Más sonrisas para Chile”. Esta es una oportunidad para trabajar con la Atención Primaria de Salud (APS) municipal y dependiente de los Servicio de Salud (SS) en un problema de salud tan sentido y requerido por la población.

El análisis realizado por la comisión evaluadores a partir de una redistribución de estrategias distinta a la existente, actualmente esta estrategia forma parte del Programa Odontológico integral el que cuenta con otros cuatro componentes. La actividad habitual realizada en los centros de atención primaria, según el Plan de Salud Familiar ya está priorizada en la atención odontológica preventiva, promocional y curativa de la población menor de 20 años, el GES de urgencia odontológica y el GES de embarazada ; siendo esta estrategia junto con otros programas de reforzamiento los que contribuyen a dar atención odontológica preventiva y curativa a otros grupos etarios (adultos de 20 y más años) y particularmente esta estrategia a mujeres mayores de 20 años, pertenecientes a comunidades que por encontrarse en horario laboral o estar ubicadas en zonas rurales deben ser tratadas en extensiones horarias de los centros de atención primaria .

Se observan discrepancias, en cuanto a los criterios de vulnerabilidad ya que, si bien las pacientes están dentro de los grupos más vulnerables, no se tienen criterios como ruralidad y nivel de escolaridad claramente evidenciada, que son factores asociados a mayor daño. Acogemos esta recomendación y lo incorporaremos en las orientaciones técnicas, así como también su coordinación con el Registro Nacional de Listas de Espera (RNLE) para también poder cuantificar la medida en la cual el programa resuelve esta demanda insatisfecha.

Respecto a los criterios de ingreso, consideramos que en esta nueva reformulación la edad, no se considerará un criterio de ingreso sino el nivel de daño dentario y la necesidad de prótesis. De esta forma se asegura que, mujeres en igualdad de condiciones tengan las mismas posibilidades de beneficiarse del programa.

En cuanto a la asignación de cupos, éstos están priorizados en el Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SERNAMEG) y las instituciones: Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), Fundación INTEGRA, Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer (PRODEMU) y el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) las que son priorizadas de acuerdo a los requerimientos locales, de cada comuna.

Actualmente el programa, incluye una evaluación de impacto que corresponde al cuestionario Oral Health Impact Profile (OHIP-49-Sp), en la actualidad, la encuesta se realiza con 7 preguntas, a través de, la plataforma: odontoaps.minsal.cl

Por otra parte, si bien consideramos que cada vez que una usuaria de la estrategia se realice prótesis, al momento del alta se debe contar con la coordinación con el Registro Nacional de Lista de Espera (RNLE) rehabilitación; sin embargo, esto no es aplicable a las endodoncias, dado que no hay registros para respaldarlo.

Finalmente, agradecemos el aporte en relación al estudio complementario, el que da cuenta de una concentración del daño por caries en la modalidad de atención del sistema. La mayoría tienen relación con diferencias entre la condición geográfica de urbano rural, concentrando mayor daño en la condición urbana, reconociendo las limitaciones en cuanto a la selección de la muestra. Sin perjuicio de lo anterior, los datos sugieren resultados contundentes, en cuanto a concluir que el programa “Mas Sonrisas para Chile” se desarrolla sin grandes diferencias, entre las modalidades de compra de servicios o prestación entregadas por el servicio propiamente tal y que las diferencias encontradas en la condición urbana rural, son explicables por la condición de ruralidad. Las prestaciones entregadas por el programa, son coherentes y se enmarcan en los criterios de inclusión del programa. Las únicas diferencias encontradas que se pueden destacar, tienen que ver con el perfil de necesidades de tratamiento, el tipo de material utilizado en la confección de prótesis y en la entrega del kit de higiene bucal, en que la condición geográfica de urbano rural donde se mantiene una diferencia.

II. Complemento de Respuesta Institucional a Recomendaciones del Informe Ejecutivo Final.

Como complemento, se presenta en la siguiente tabla la respuesta y postura institucional frente a las principales recomendaciones dadas en el punto 2 del Informe Ejecutivo Final:

Recomendación dada Informe Ejecutivo Final	Respuesta Institucional
<p>Definir población potencial y objetivo en términos cuantitativos a objeto de medir cobertura; de igual forma, se considera pertinente definir explícitamente cuáles son los criterios de vulnerabilidad al cual apunta el programa, incorporando el criterio de “nivel de daño”. De esta forma se asegura que mujeres en igualdad de condiciones tengan las mismas posibilidades de beneficiarse del programa. Esto permitiría además dar un horizonte de tiempo al programa, dado que en el tiempo presente se está resolviendo una problemática que se ha acumulado en el tiempo y en la medida que se resuelva este grupo, teóricamente la población objetivo tenderá a disminuir en los años siguientes, considerando que las estrategias y políticas públicas en el área de salud bucal evitarán que este factor acumulativo se repita.</p>	<p>En rediseño de resolución de programa y orientaciones técnico administrativas se orientará a la focalización más detallada de criterios de vulnerabilidad de acuerdo al perfil del daño de la población.</p>
<p>Definir la edad mínima para acceder al programa: esto a partir de estudios y análisis de la demanda. Pudiera permitir, además, evaluar la necesidad de modificar los criterios de focalización.</p>	<p>En rediseño de resolución de programa y orientaciones técnico administrativas, se orientará a la focalización más detallada de criterios de vulnerabilidad de acuerdo al perfil del daño de la población.</p>

Recomendación dada Informe Ejecutivo Final	Respuesta Institucional
<p>Establecer canastas diferenciadas de acuerdo al grado / complejidad del daño, lo cual permitiría un mayor grado de eficiencia en el uso de los recursos y compensar posible desceme de pacientes.</p>	<p>En rediseño de resolución de programa y orientaciones técnico administrativas se orientará a la focalización más detallada de criterios de vulnerabilidad de acuerdo al perfil del daño de la población.</p>
<p>Estimar la oferta de instalación disponible financiada por el Programa, para abordar demandas de otros programas en el caso que se hayan contratado recursos que no estén siendo utilizados en su totalidad.</p>	<p>Se orientará estimar la oferta de instalación de unidades dentales y/o de infraestructura con los actores correspondientes.</p>
<p>Conocer de las compras que realizan otros programas dentales para evaluar factibilidad de efectuar compras al por mayor.</p>	<p>Se evaluará la factibilidad de implementar compras centralizadas para optimizar recursos y estandarizar criterios de calidad.</p>
<p>Incorporar en los convenios que se realizan con las entidades ejecutoras, criterios que permitan garantizar la calidad de los profesionales que en ella participan, de los insumos y materiales utilizados, así como de los resultados a obtener. En consecuencia, se recomienda su reformulación, de manera que permitan comparar la calidad de la atención con un estándar preestablecido. Esto debe ir acompañado de un proceso formal de mejoramiento continuo, que permita corregir las desviaciones detectadas por las auditorías. En el mismo sentido, se recomienda reemplazar el indicador basado en el número de auditorías realizadas, por el porcentaje de auditorías con resultado satisfactorio.</p>	<p>Se orientará en orientaciones técnico administrativas el perfil de competencias de los profesionales que realizan esta atención así como también los requisitos mínimos que deben contar los laboratorios dentales en convenio, quienes realizan las prótesis removibles.</p>
<p>Modificar la forma en que están diseñadas y son utilizadas las auditorías como herramientas de control de calidad, en términos de que éstas efectivamente entreguen información de utilidad para la gestión e impacten en la continuidad de los convenios para los casos en que sea recomendable su suspensión, para lo cual el MINSAL debe conocer de sus resultados y de las acciones que de ella se desprenden.</p>	<p>En rediseño de orientaciones técnico administrativas se replanteará el diseño de las auditorías y que sus resultados sean vinculantes con la continuidad de los contratos de profesionales odontólogos y laboratoristas dentales.</p>
<p>Evaluar el uso de la plataforma de control financiero que tiene la APS para un efectivo control y supervisión de los recursos que son entregados por el nivel central en Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS).</p>	<p>Se solicitará a la División de Presupuesto, realizar una guía o similar para acompañar a los servicios en el proceso de convenios.</p>