

SÍNTESIS EJECUTIVA

PROGRAMA DE SALUD BUCAL

**ELABORADA POR LA DIRECCIÓN DE
PRESUPUESTOS**

JUNIO 2004

**Ministerio de Hacienda
Dirección de Presupuestos**

**SINTESIS EJECUTIVA¹ – N° 11
PROGRAMA SALUD BUCAL, JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS
(JUNAEB), MINEDUC**

**PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2000-2003
PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2004: \$1.487 millones**

1. Descripción del Programa

1.1. Fin

Contribuir a la igualdad de oportunidades previniendo y resolviendo problemas de salud, de modo de mejorar el rendimiento e inserción escolar en estudiantes en desventaja social, económica, psicológica y biológica de establecimientos educacionales de enseñanza básica municipales y particulares subvencionados del país.

1.2. Propósito

Estudiantes de enseñanza básica de escuelas subvencionadas vulnerables mejoran su salud bucal mediante acciones clínicas y educativo-preventivas.

Población Objetivo

La población objetivo del programa difiere en cada uno de los componentes:

Componente 1: Atención Integral Odontológica. Escolares de primero a séptimo básico de escuelas municipalizadas y particulares subvencionadas que presentan IVE² mayor de 30. En el año 2003 ésta alcanzó a 1.244 millones de escolares, de los cuales el 48,6% son niñas y el 51,4% son niños.

Componente 2: Promoción de Salud Bucal. Comunidad escolar (alumnos, profesores, padres y apoderados) de primero a octavo básico de escuelas municipalizadas y particulares subvencionadas que presentan IVE mayor de 30.

Componente 3: Programa de Alimentación Escolar (PAE) Fluorurado. Alumnos de primero a octavo básico de las escuelas rurales municipalizadas y particulares subvencionadas ubicadas en comunas que no cuentan con agua potable fluorurada.

1.4. Población Beneficiaria

El año 2003, los beneficiarios del componente Atención Integral Odontológica alcanzaron a 98.123; los del componente Promoción de la Salud Bucal, a 93.968, y los del componente PAE Fluorurado a 33.644.

¹ Este informe de síntesis ha sido elaborado por la Dirección de Presupuestos en base al informe final de la evaluación al Programa Salud Bucal de JUNAEB, en el marco del Programa de Evaluación de la DIPRES.

El contenido del informe final aprobado cumple con lo establecido en los Términos de Referencia y Bases Administrativas que reglamentan el proceso de evaluación. Al ser una evaluación externa los juicios contenidos en el informe son de responsabilidad del panel de evaluadores y no necesariamente representan la visión de la DIPRES.

² IVE: Índice de vulnerabilidad escolar

1.5. Descripción General del Diseño del Programa

El Programa de Salud Bucal depende de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) y es ejecutado a través de los municipios del país. Comenzó su ejecución el año 1991 y tiene cobertura nacional. Está concebido como el manejo integral (educativo-preventivo-curativo) del problema de salud bucal de escolares de primero a séptimo año básico de escuelas municipalizadas y particulares subvencionadas, que presenten IVE mayor de 30. El Programa consta de los siguientes tres componentes:

1.5.1. Componente 1: Atención odontológica integral a estudiantes en módulos dentales de salud bucal.

Consiste en acciones educativas, preventivas y curativas mediante la entrega de Altas Integrales a los escolares de primer año básico y Controles de Mantenimiento a escolares de 3º, 5º y 7º año básico. Las Altas Integrales corresponden a la completa recuperación del daño bucodental, en forma gratuita para los niños atendidos. Estas atenciones las ejecutan las Municipalidades mediante un convenio con JUNAEB donde se estipula un pago por parte de JUNAEB por las atenciones efectuadas³. Además, son también unidades ejecutoras los Servicios de Salud y/o las Corporaciones Municipales. La selección de las comunas beneficiadas se realiza teniendo presente variables socioeconómicas - IVE del establecimiento mayor de 30, Índice de Desarrollo Humano Comunal (IDH)⁴ – así como también las variables promedio de daño oral de las escuelas adscritas al módulo y compromiso de la entidad ejecutora, donde cada uno de estos criterios posee igual ponderación en el cálculo del puntaje total para ingresar al Programa.

La JUNAEB provee el diseño del programa (Modelo de Atención) y establece las normativas técnicas, así como también proporciona artículos dentales y material educativo para hacer efectivas las áreas educativas y preventivas del Modelo de Atención. La contraparte municipal por su parte, provee la infraestructura, insumos y recursos humanos necesarios. El modelo de atención es según riesgo colectivo, es decir, se programa la atención de cursos completos.

1.5.2. Componente 2: Comunidad educativa⁵ participa de actividades de promoción de escuelas saludables con condicionante de salud bucal

Consiste en la ejecución de actividades de promoción de la salud bucal en escuelas municipalizadas y particulares subvencionadas, en el contexto de Planes de Escuelas Saludables. Estos responden a una política de Estado de promoción de la salud, que tiene carácter multisectorial, concurren diversos ministerios y organismos públicos y privados en su ejecución. Tienen una duración de 3 años y entre sus acciones principales se cuentan la capacitación a profesores en conceptos de salud bucal y técnica de cepillado,

³ Además del pago, la JUNAEB entrega artículos dentales (cepillos dentales, pasta dental, tabletas reveladoras de placa bacteriana, flúor gel neutro y cubetas de polietileno para su aplicación) y material educativo (set de juegos, video, macromodelado de arcada dental, laminario con instructivo, manuales de educación, guía de salud para profesores de enseñanza básica y útiles escolares).

⁴ El Índice de Desarrollo Humano Comunal del PNUD consiste en el cálculo de un indicador para las diferentes comunas del país. Se obtiene de la ponderación de las siguientes variables: a) salud: años de vida potencial perdidos, b) educación: alfabetismo, años de escolaridad promedio y matrícula combinada según cobertura de los niveles preescolar, básica, media y superior, y c) ingresos: promedio per cápita de los ingresos autónomos del hogar, desigualdad en la distribución del ingreso e incidencia de la pobreza de ingresos.

⁵ Se entiende por comunidad educativa la constituida por los alumnos, padres y apoderados, profesores, administrativos y otros vinculados a un establecimiento educacional.

formación de monitores de promoción de salud (padres y alumnos), aplicación de procedimientos educativos de salud bucal, Etc.

Para que las escuelas puedan formar parte la Red de Proyectos Escuelas Saludables, deben cumplir con algunos requisitos, entre los que se cuentan que los Planes contengan a lo menos tres temáticas de promoción de salud, de un total de seis que están establecidas, una de las cuales es salud bucal.

1.5.3. Componente 3: Estudiantes beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar (PAE) de establecimientos educacionales subvencionados de comunas rurales que no cuentan con agua fluorada, reciben leche fluorada.

Consiste en la incorporación de flúor a la leche que entrega el Plan de Alimentación Escolar (PAE) de JUNAEB en comunas rurales que no cuentan con agua potable fluorada. Se ha desarrollado como plan piloto en 29 comunas de la IX Región. Además, en los años 2000, 2001 y primer semestre de 2002 también se aplicó un programa de flúor gel acidulado en forma tópica, a través de cubetas.

1.6. Antecedentes Financieros

El programa se financia en un 77% con aporte fiscal directo y recibe aportes de las municipalidades, los que el año 2003 alcanzan al 23% del total de ingresos del programa.

El presupuesto para el año 2004 es de \$1.487 millones, el que representa un 1,4% del presupuesto asignado a la JUNAEB.

El gasto del programa aumentó en un 30% en el período 2000-2003, alcanzando a \$1.769 millones en este último año.

El año 2003 el Ítem de mayor asignación corresponde a las Transferencias que JUNAEB efectúa a las municipalidades, en forma de subvención, para ejecutar el componente de Atención Integral Odontológica, alcanzando a un 89% del total del presupuesto asignado al programa. Con respecto al resto de los recursos, el 6% se destina a personal y el 5% a bienes y servicios de consumo.

2. Resultados de la Evaluación

2.1 Diseño

El problema que da origen al Programa está bien identificado y el diagnóstico de la situación inicial es adecuado, presentándose las evidencias en salud pública de la epidemiología de la carie y del fenómeno del daño bucal en la población escolar del país.

El diseño del Programa es adecuado. La lógica vertical de la Matriz de Marco Lógico identifica claramente las relaciones causa-efecto entre los componentes y el propósito definidos por el Programa. El Programa ofrece a los niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad, productos y servicios destinados al mejoramiento de la salud bucal, constituyendo a la vez un apoyo para su inserción y permanencia en el sistema educativo. Por otra parte, se establecen las condicionantes externas que permiten el cumplimiento de los diferentes objetivos.

Los indicadores son adecuados en términos de diseño, dando cuenta del logro de los objetivos a nivel de propósito y componentes. Además, se señala claramente la periodicidad y fuentes de información para cada uno de ellos.

La población objetivo está bien definida. El Programa ha focalizado sus esfuerzos en niños de educación básica, entre 6 y 14 años, pertenecientes a escuelas municipales y particulares subvencionadas con bajo nivel socioeconómico. Al respecto, se evalúa positivamente la decisión de focalizar según variables socioeconómicas y los instrumentos utilizados (IVE e IDH), así como también las variables de selección salud bucal y “compromiso de los ejecutores”. Sin embargo, no es adecuada la igual ponderación que se asigna a cada una de las variables. Esto produce que en la selección de los ejecutores el criterio “compromiso de los ejecutores” represente el 59% del puntaje total de la escala de selección, lo que actúa en dirección opuesta a las otras variables, ya que generalmente las comunas con mayor compromiso son aquellas menos vulnerables.

2.2 Organización y Gestión

La estructura organizacional del Programa es adecuada. La Unidad responsable del programa se apoya en los Departamentos y Unidades de JUNAEB especializados en las materias que corresponden.

Los mecanismos de coordinación y de asignación de responsabilidades han funcionado correctamente, manteniéndose un proceso de producción bien estructurado, actividades claramente definidas y flujogramas funcionales que recogen las tareas críticas para la producción de los tres componentes.

El Modelo de Atención de JUNAEB es consistente con las políticas del MINSAL, en cuanto organismo rector de atención odontológica, institución que lo ha validado y recomendado como estrategia para abordar eficientemente la problemática de la salud bucal para menores de 20 años. No obstante, el modelo de JUNAEB difiere en su aplicación al utilizado por el MINSAL, utilizando este último un enfoque de riesgo individual en contraposición al enfoque de riesgo colectivo de JUNAEB⁶.

No se aprecia un esfuerzo conjunto entre JUNAEB y el MINSAL tendiente a diseñar una estrategia que les permita complementar esfuerzos para cubrir todo el territorio nacional, en especial en el componente de Atención Odontológica Integral, lo que permitiría beneficiar a zonas geográficas con un nivel de vulnerabilidad mayor.

En el componente Atención Odontológica Integral la modalidad de pago a los ejecutores por atenciones prestadas consiste en un monto diferenciado según se trate de Alta Integral o Control de Mantenición⁷. Esta modalidad, si bien constituye un pago por atención prestada, tiene incorporada en forma implícita un incentivo hacia resultados, puesto que se trata de aranceles diferenciados para productos de características técnicas similares, donde la diferencia radica en la cantidad de acciones curativas, que son de más alto costo. De esta forma, la estrategia de aranceles diferenciados constituye un incentivo para que las unidades ejecutoras realicen más actividades preventivas y educativas, de menor costo, que curativas.

⁶ Riesgo individual: un niño acude a la atención cuando lo necesita. Riesgo colectivo: asisten cursos completos a la atención dental, aún cuando no todos los niños lo necesiten por igual

⁷ Valor de la subvención en el año 2003: cada Alta Integral \$16.664 y cada Control de Mantenición \$5.274

Se realizan actividades de seguimiento y evaluación adecuadas. No obstante, el Programa no cuenta con un sistema informático de bases de datos. Al respecto, si bien se sistematiza información sobre la base de los registros manuales realizados en los módulos dentales a nivel comunal, la pertinencia, calidad y oportunidad de la información generada podría no ser la óptima.

2.3 Eficacia y Calidad

2.3.1. Componente 1 Atención Odontológica Integral

El índice COP-D⁸ muestra que las caries entre el ingreso y el alta de los escolares atendidos en el módulo dental en primer año básico disminuyen en 98% en el año 2003.

En el período 2000 – 2003, las actividades de Altas Integrales y de Mantenimiento han tenido un crecimiento que alcanza al 26%. No obstante, el año 2003 se observa una disminución de casi 15% con respecto del año anterior, que se explica por la política institucional de reorientar su actividad para privilegiar la producción de las altas integrales frente a los controles de mantenimiento. De esta manera, las primeras crecen en 117% en tanto que las segundas experimentan una disminución de 6%, lo que se evalúa positivamente.

La cobertura de la Atención Odontológica Integral en el año 2003 alcanza al 8% de la población objetivo. Un análisis más específico para la cohorte de 6 años de edad muestra que el sector público atiende al 69% de los niños de esta edad, de los cuales el 49% es atendido en los módulos del programa, lo que se evalúa positivamente.

Sin embargo, la distribución regional de las atenciones no es adecuada, presentando una alta concentración en las regiones X (16%) y Metropolitana (13%), en desmedro de la atención en la IX región que ostenta el mayor índice de daño bucal del país (4% de niños de 6 a 8 años libres de caries)⁹ y que concentra sólo el 4% de las atenciones en el año 2003.

El número de comunas que suscriben convenios con JUNAEB para la Atención Integral Odontológica ha aumentado en casi tres veces en el período, de 34 el año 2000 a 91 el año 2003 (en 9 regiones). Sin embargo, existen regiones del país donde este componente no está presente (II, III, XI y XII). El año 2002 la JUNAEB extendió el llamado a participar en las licitaciones a todas las regiones, no encontrando acogida por parte de las posibles entidades prestadoras en las citadas regiones.

En el año 2003 el 90% de las escuelas con módulos dentales cumplen con el principal criterio de focalización, que las escuelas tengan un IVE mayor de 30. No obstante, el rango del IVE mayor de 30 se evalúa poco exigente, considerando que el IVE promedio del total de escuelas es 58 y que el IVE promedio del total de escuelas que participan en el Programa es 55. Esto se explica por la decisión, tomada el 2002, de no desascribir a las escuelas que formaban parte del programa, aún cuando su IVE fuera menor de 30¹⁰.

⁸ Es un indicador del historial de caries de un individuo o de un grupo de individuos en dentadura definitiva y que usa como unidad el diente (d). Este indicador consta de tres componentes, a saber: C: caries; O: Obturados y P: perdidos. Es decir, su valor determina el número de dientes cariados, obturados y perdidos, pero también es posible tener los valores de cada uno de sus componentes.

⁹ Fuente: Ministerio de Salud.

¹⁰ La aplicación de este criterio de focalización comenzó a operar el año 2002.

El grado de satisfacción¹¹ de los beneficiarios efectivos es favorable al programa en rangos superiores al 90%, en el componente de Atención Odontológica Integral.

2.3.2. Componente 2 Promoción de la Salud Bucal

No existe una medición específica para establecer la relación directa entre la producción de este componente y el cumplimiento del propósito. A la fecha de esta evaluación la institución aún no ha efectuado una medición del logro de los objetivos, cuya realización está programada para fines del año 2004, cuando finalicen los Planes de Escuelas Saludables.

La cobertura de este componente ha disminuido en el período de evaluación desde 12% en el año 2000 hasta 5% en el año 2003. Esta disminución se explica por la integración de JUNAEB a los Planes de Escuelas Saludables, lo que implicó una baja en el número de establecimientos que participaban del programa, debido a que algunos debieron abandonarlo por no reunir el requisito de contar con otras dos áreas temáticas de promoción de salud, además de la de Salud Bucal.

2.3.2. Componente 3 PAE Fluorurado

Las cifras de la JUNAEB revelan una disminución de caries en niños sometidos al programa durante los últimos cuatro años. En efecto, el porcentaje de caries en niños de 9 años disminuye de 79% el año 2000 a 61% el año 2003 y en niños de 12 años de edad, desde 89% a 77%.

La cobertura más alta de este componente fue en el año 2002 con el 13% de la población beneficiaria atendida, en tanto que la menor cobertura se registró en el año 2000, con 10%, experimentando leves variaciones entre los años del período.

2.4 Eficiencia y Economía

Los gastos en administración en el período 2000-2003 aumentan desde un 7% el año 2000 a un 8%¹² el año 2003, relación que está dentro de los estándares esperados para una organización de servicio público.

El valor de la subvención en el año 2003 por cada Alta Integral ascendió a \$16.664 y por cada Control de Mantención alcanzó a \$5.274. Esta estrategia de montos diferenciados es consistente con la política de incentivar la realización de actividades preventivas y educativas por sobre las curativas.

El costo promedio de altas integrales y controles de mantención es de \$16.400 el año 2003. Los costos unitarios promedios no muestran variaciones significativas en el período, aunque se evidencia una tendencia al alza, en particular en el año 2003 con respecto al año 2002 con un aumento del 10% como resultado del énfasis del programa en las altas integrales.

Un Alta Integral definida por el Ministerio de Salud (Departamento Odontológico) para el AUGE Salud Bucal para un niño de 6 años vale \$41.335,6. Para JUNAEB el alta integral

¹¹ Encuesta para evaluar el grado de satisfacción del componente Atención Odontológica Integral a los alumnos, padres y profesores de primer año básico, Coordinación Programa Salud Bucal, Año 2003.

¹² Este gasto comprende la administración tanto de los niveles regional como central de la institución.

tiene un costo de \$18.235, que equivale al valor de la subvención que entrega a los municipios. Si a lo anterior se agrega el aporte municipal (23%) se tiene que el alta integral del Programa Salud Bucal tiene un valor de \$22.429, lo que resulta ser un 46% más bajo que el costo del MINSAL. Por otra parte, al valorizar la actividad realizada por JUNAEB, para cada año, se obtiene que el gasto incurrido para realizar las prestaciones es inferior en un 42% para el año 2000, 43% para el año 2001 y 59% para el año 2003 que si la misma actividad hubiera sido pagada por el FONASA a los establecimientos públicos que la otorgan.

Existe gran heterogeneidad en los módulos, el 55% de estos cuentan con un puesto de trabajo, en tanto que el 45% restante tiene de 2 a 5 puestos de trabajo.

La productividad de la capacidad instalada, medida como el número de atenciones por módulo dental y número de atenciones por puesto de trabajo, disminuye en el período evaluado en 51% en el primer indicador (desde 1.998 atenciones por módulo en el año 2000 a 981 en el año 2003) y 35% en el segundo (desde 986 atenciones por puesto de trabajo en el año 2000 a 641 en el año 2003).

Con respecto del componente Promoción de Salud Bucal, el costo unitario muestra una variación desde \$230 el año 2000 a \$90 por persona el año 2003.

En cuanto al componente PAE Fluorurado, los costos unitarios por niño atendido disminuyen en forma importante, de \$430 el año 2000 a \$120 el año 2003. Influye en este resultado el hecho de que hasta el año 2002 este componente tuvo dos líneas de productos (gel acidulado y PAE fluorurado). Al respecto, el producto leche fluorurada con respecto del gel acidulado es de menor costo en un promedio de \$310 por niño atendido.

La ejecución presupuestaria se ha mantenido estable, presentando en promedio un 98% durante el período 2000-2003.

El programa recibe aporte de las Municipalidades con las cuales suscribe convenios para el componente Atención Integral Odontológica, por un monto estimado que bordea el 23% del gasto total de Programa (405 millones de pesos en 2003). Esta proporción se ha mantenido estable en los años evaluados y corresponde a una contribución municipal al financiamiento de las altas integrales y controles de mantención.

2.5 Principales Recomendaciones

1. Desarrollar esfuerzos institucionales al más alto nivel a fin de lograr una articulación fluida con el Ministerio de Salud, en orden a vencer resistencias y lograr el reconocimiento y apoyo del MINSAL hacia el programa. Dadas las ventajas operativas de la JUNAEB para la atención de los escolares, la estrategia recomendada es lograr transformarse en el brazo ejecutor de las prioridades programáticas definidas por el MINSAL, es decir, ser un prestador preferido para el MINSAL.
2. Revisar los criterios de focalización y selección de las comunas participantes en el componente Atención Odontológica Integral, en especial la pertinencia del criterio "Compromiso de los ejecutores", los ponderadores utilizados en la aplicación de estos criterios y el rango del instrumento de focalización IVE. Se recomienda redefinir la ponderación de las cuatro variables utilizadas en la selección del componente

Atención Odontológica Integral, de manera de hacer más relevante el peso de las variables socioeconómicas y de daño bucal en relación a la variable de selección "Compromiso de los ejecutores" las cuales operan actualmente en forma conjunta en el proceso de priorización. También se recomienda revisar el rango definido para el criterio de elegibilidad de IVE mayor de 30 para acceder al programa.

3. Definir una estrategia de desarrollo de la cobertura por regiones, en particular del componente Atención Odontológica Integral. Se recomienda definir una estrategia de ampliación de la cobertura hacia las regiones con menor participación en el programa, basada en indicadores socioeconómicos y de daño bucal, que permita corregir las inequidades en el acceso de los escolares al programa en función de su ubicación geográfica.
4. Desarrollar mecanismos de incentivos para ampliar la participación de las comunas en el componente Atención Odontológica Integral. En concordancia con la recomendación anterior, se recomienda diseñar y ofrecer incentivos para lograr la participación de las comunas priorizadas, los cuales pueden ser o no monetarios.
5. Una fuente de financiamiento que se debería explorar es el aporte de terceros, puesto que, dadas las características del Programa, se podría incentivar al sector privado a que se constituya en una fuente permanente de recursos. En particular, en lo que se refiere a donaciones de materiales de higiene bucal (cepillos y pastas dentales) para apoyar las actividades educativas del componente de Promoción de la Salud Bucal.
6. A fin de optimizar el rendimiento de la capacidad instalada, definir un módulo estándar óptimo según población a atender, dada la heterogeneidad de tamaño de los módulos en cuanto a puestos de trabajo.
7. Revisar la reformulación del componente Promoción de Salud Bucal, debido a que la integración de JUNAEB al Programa de Escuelas Saludables ha traído como resultado la disminución de la cobertura.
8. Continuar con la extensión de la cobertura del componente PAE fluorado, iniciada en el año 2004, al resto de las comunas rurales que no cuentan con agua potable fluorurada del país. Se recomienda muy especialmente incorporar a la VIII Región, por su alto índice de caries en niños en edad escolar básica.
9. Desarrollar sistemas informáticos para conformar una base de datos que genere información de calidad y oportuna con relación a las prestaciones otorgadas. Ello implica construir una base de datos e informatizar el programa, con lo cual se podría, entre otros indicadores, trabajar con indicadores de gestión clínica.

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

JUNIO 2004



ORD : 04/ 1250

ANT : C-146/04

MAT: Envío Respuesta Institucional

SANTIAGO, 18 JUN. 2004

DE: JEFE DIVISION DE PLANIFICACION Y PRESUPUESTO

A : JEFA DEPARTAMENTO DE EVALUACIONES DIPRES

En el marco del Programa de Evaluación de Proyectos Gubernamentales que dirige la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, y en particular de la evaluación realizada al Programa de Salud Bucal de JUNAEB, se remite a Ud. la Respuesta Institucional al Informe Final.

Sin otro particular se despide atentamente,



PEDRO HENRIQUEZ GUJARDO
Jefa División de Planificación y Presupuesto

Distribución:

- Destinatario
- Archivo Planificación y Control de Gestión
- Archivo DIPLAP

DIRECCION DE PRESUPUESTOS OFICINA DE PARTES
22 JUN. 2004
ENVIADO A <i>Pedo-Gobernador</i>

**RESPUESTA INSTITUCIONAL
AL INFORME DEL PANEL CONFORMADO POR EL MINISTERIO DE HACIENDA (DIPRES)
PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL
DE JUNAEB
Junio 2004**

A.- Comentario General

La evaluación realizada por la DIPRES al Programa de Salud Bucal de la JUNAEB permitió al equipo de esta Área del Programa de Salud del Estudiante, tener una nueva mirada del trabajo que realiza y reconocer los avances logrados a la fecha.

Sin duda, el proceso de evaluación lo consideramos como un aporte a la gestión del Programa. Lo anterior teniendo presente que la diversidad de antecedentes evaluados por el Panel de expertos, permitió detectar aquellos aspectos que pueden y deben ser mejorados para reafirmar la validación y justificación de la continuidad del Programa. Además de la buena evaluación que realizó el Panel de la DIPRES, nuestro Programa fue validado por el Departamento de Salud Bucal del MINSAL.

El Informe Final entrega una visión clara del Programa de Salud Bucal, excepto en lo concerniente al Componente 2 (Promoción de Salud Bucal) que, no obstante las aclaraciones realizadas, no fueron totalmente consideradas para el Informe Final.

Recoge en forma adecuada los aspectos más sustantivos del Programa, su Descripción, Fin y Propósito, los cuales resultan ampliamente validados.

➤ **Diseño del Programa.**

El Programa de Salud Bucal de la JUNAEB, vinculado a la política de ofrecer equidad e igualdad de oportunidades frente a la educación, otorga un manejo integral del problema de salud bucal de los escolares mediante la instalación de un Modelo de atención (educativo – preventivo – curativo), centrado en la Escuela, lo que produce una importante disminución del daño bucal en los niños y niñas atendidas.

El Modelo de Atención se basa en las evidencias de Salud Pública en relación a la epidemiología de la Caries que corresponde a la patología buco-dental más prevalente en la población de nuestro país. En atención a lo anterior, si bien el Modelo aplicado por el Programa de Salud Bucal de la JUNAEB tiene un componente curativo, éste se desarrolla con un gran énfasis en la educación y la prevención (conductas y hábitos de

higiene bucal, alimentación saludable, aplicación de Flúor, leche fluorurada), que constituyen los otros dos componentes del Programa.

El Informe Final señala que "...el diagnóstico de la situación inicial es adecuado debido a que la necesidad que da origen al programa está bien identificada y la población objetivo está bien definida.

El diseño del Programa es adecuado dadas las evidencias en salud pública de la epidemiología de la caries y del fenómeno en nuestro país.

La lógica vertical de la Matriz de Marco Lógico es correcta porque se identifican claramente las relaciones causa-efecto entre los distintos niveles definidos para el programa y sus impactos esperados."

➤ **Organización y Gestión.**

El Programa de Salud Bucal se enmarca dentro del Programa de Salud del Estudiante establecido de acuerdo a las políticas institucionales de la JUNAEB y a las emanadas del Programa Nacional de Atención Odontológica del Ministerio de Salud y, para lograrlo, desarrolla acciones específicas destinadas a *"mejorar las condiciones de la Salud Bucal de los niños y niñas que ingresan a 1º Año de Enseñanza Básica"*, de Escuelas municipales y particulares subvencionadas, urbanas y rurales, otorgando atenciones odontológicas y fomentando hábitos de higiene oral y prevención de daño bucal futuro.

Se expresa con claridad en el Informe Final que *"la estructura organizacional es acorde para la gestión del programa, tanto en relación a la producción de los componentes como para el logro del propósito.*

El Modelo de Atención de JUNAEB responde a las políticas del MINSAL, en cuanto organismo rector de atención odontológica, institución que lo ha validado y recomendado como estrategia para abordar eficientemente la problemática de la salud bucal para menores de 20 años".

Además, el Panel de Expertos concluye que *"se realizan actividades de seguimiento y evaluación adecuadas, a pesar que el Programa no cuenta con un sistema informático."*

➤ **Eficacia y Calidad.**

Con el objeto de lograr una mayor eficacia en la aplicación de los diferentes componentes del Programa, éste es permanentemente evaluado por el nivel central que, el año 2001, elaboró el Manual de Normas y Procedimientos de la Atención en Módulos Dentales, paralelo al cual se establecieron las Contralorías Directas (clínicas) e Indirectas (administrativas) destinadas a medir la calidad de las atenciones entregadas.

El resultado de la evaluación en este aspecto, aún cuando se identifican aspectos mejorables que se mencionarán más adelante en este texto, se manifiesta en forma positiva cuando expresa que *"la oportunidad de la atención y el logro de metas se evalúa como adecuados."* Igualmente *"se evalúan satisfactorios los criterios de focalización utilizados en los tres componentes del programa."*

➤ **Eficiencia / Economía (desempeño financiero).**

El financiamiento del Programa, en su conjunto, ha experimentado un crecimiento que ha permitido, ampliar las coberturas, en base a nuevos criterios de focalización. Durante los años 2001 y 2002, se instalaron 68 nuevos Módulos Dentales en mayor cantidad de comunas y regiones en las cuales antes no existía este tipo de establecimientos.

La optimización en la utilización del presupuesto asignado, permite entregar, además del pago establecido por atenciones efectivamente realizadas, material educativo y artículos de higiene bucal y prevención.

En este aspecto "se estima altamente eficiente el programa en su componente 1 (Atención odontológica integral). No existe información para hacer un análisis comparativo de los otros dos componentes del programa.

El gasto en administración bordea el 8% del gasto total, relación que está dentro de los estándares esperados para una organización de servicio.

El presupuesto se ejecuta en un 99%, lo que se evalúa como una buena capacidad ejecutora de JUNAEB."

➤ **Justificación de la continuidad.**

Los Programas de la JUNAEB, son dirigidos, selectivos y concordantes con la política social de Gobierno que orienta su apoyo hacia los estratos de menores recursos. Se complementan con otros programas sociales existentes y están orientados a sectores específicos de la infancia y la juventud, con el objeto de: incorporarlos al sistema educacional; prevenir el ausentismo y la deserción escolar; mejorar su rendimiento y permitir la continuidad de los estudios de un ciclo educacional a otro.

Una de las causas de abandono y deserción del sistema educacional, son los problemas de salud. En este aspecto, el daño bucal observado y la presencia de Caries, en la población de niños, niñas y adolescentes del sistema de educación no pagada, es muy alto al ingresar a 1º Año Básico, por lo tanto, si no reciben atención odontológica, tendrán una limitante más para la continuidad escolar y su posterior inserción laboral, considerando que el daño bucal afecta también su salud general, su apariencia física y su autoestima.

"La continuidad del programa se justifica plenamente, puesto que la necesidad que trata de resolver el programa sigue existiendo.

Mientras el país no pueda garantizar la promoción, prevención y curación de la salud bucal de la población objetivo del programa ya caracterizada, el programa ofrece una alternativa cierta de mejorar el problema. Además, la estrategia utilizada de intervenir en el círculo vicioso de formación de caries a edades tempranas, es la única que permite asegurar la mejoría en el futuro, de la calidad de la salud bucal de la población de Chile en su edad adulta."

B.- Proceso de la evaluación

Tal como se menciona al comienzo de este documento, hacemos notar que, efectivamente, el Informe Final del Panel, recoge en forma adecuada los aspectos más sustantivos del Programa, su Descripción, Fin y Propósitos, los cuales resultan ampliamente reconocidos.

Junto con valorar los procesos evaluativos, en general, y el resultado favorable del Panel, en particular, estimamos necesario realizar los siguientes comentarios respecto a algunas situaciones que pudieron afectar al proceso de evaluación:

- 1) Para comenzar, queremos mencionar la valiosa y oportuna colaboración recibida durante el desarrollo del proceso, tanto de los interlocutores de la DIPRES, como del MINEDUC.
- 2) El proceso se inició en el mes de Enero, un momento muy poco oportuno, considerando que, normalmente, durante ese mes y el siguiente, se realiza el cierre y la evaluación del año anterior, en base a la cual se dan las recomendaciones a la planificación establecida y, además, la mayor parte del personal hace uso de su feriado legal (vacaciones) que se programa coincidentemente con una serie de situaciones familiares, económicas, laborales, etc.
- 3) En el marco de la misma observación anterior, considerando que el Programa evaluado se desarrolla a nivel nacional, y aún no tiene sistema informático, se dificultó la recopilación de información clínica y/o administrativa requerida de los niveles regionales, por la ausencia de las personas encargadas, así como por encontrarse sin funcionar una gran cantidad de Módulos Dentales que, por funcionar en Escuelas, permanecen cerrados, al menos, durante el mes de Febrero.
- 4) Una forma de optimizar el proceso sería comunicar con mayor tiempo la selección del Programa que será evaluado, explicando los procedimientos a seguir, y estableciendo plazos adecuados pues ello permitiría planificar y distribuir mejor las cargas de trabajo, disminuyendo al máximo el impacto que la evaluación puede producir en el desarrollo normal del Programa.

PEDRO HENRIQUEZ GUAJARDO
JEFE DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO