

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

PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS

MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

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

ENERO - JULIO 2017

NOMBRE PROGRAMA: Sembrando Sonrisas
AÑO DE INICIO: 2015
MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud
SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Redes Asistenciales

RESUMEN EJECUTIVO

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2015-2016

PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2017: \$3.679.766 millones

1. Descripción general del programa

Este programa constituye un compromiso del Programa de Gobierno 2014 – 2018 (Nº19) y se inserta en la Estrategia Nacional de Salud Bucal para el período 2011 – 2020 que plantea como objetivo “...prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en los menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables”. Es parte de las estrategias de “Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud” (PRAPS), cuya gestión, a diferencia de la actividad regular de Atención Primaria de Salud (APS), se realiza desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el financiamiento es a través de glosas presupuestarias especiales que no entran en el per cápita. De esta forma se busca incrementar el financiamiento de la atención dental, que según estudios del 2015 es de alrededor de \$295 mensuales de un total de aprox. \$5.405 como per cápita de ese año.¹

Este programa intersectorial se coordina en mesas nacionales, regionales y comunales en las que participan las instancias de salud y aquellas de JUNJI² e Integra³. Tiene una cobertura nacional y existe como tal desde el año 2015, siendo la continuación del “Programa Preventivo en Salud Bucal en Población Preescolar en APS” que fue implementado el año 2012 como parte de los PRAPS. Su ámbito de acción es a nivel nacional y se financia a través de aporte fiscal glosa presupuestaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, sin otras fuentes de financiamiento.

▪ Objetivos de Fin y Propósito

Su objetivo a nivel de fin es “Contribuir al Plan de Salud Oral manteniendo y mejorando la salud bucal de la población parvularia vulnerable”, lo cual se traduce como propósito en

¹ Según estudios realizados en el 2015 por el área de finanzas de la División de Atención Primaria del MINSAL (DIVAP)

² Junta Nacional de Jardines Infantiles JUNJI: La misión de la JUNJI es otorgar educación parvularia pública, gratuita y de calidad, y bienestar integral a niños y niñas preferentemente menores de cuatro años, priorizando en aquellos que provienen de familias que requieren mayores aportes del Estado tendiendo a la universalización, a través de diversos programas educativos con una perspectiva de territorialidad; desde una visión de sociedad inclusiva y de niños y niñas como sujetos de derechos; y que reconoce las potencialidades educativas de sus contextos familiares, sociales y culturales incorporándolas para dar mayor pertinencia a sus aprendizajes. Cuenta con 3.132 establecimientos.

³ Fundación Integra: es uno de los principales prestadores de educación parvularia en Chile, institución de derecho privado sin fines de lucro perteneciente a la Red Fundaciones de la Dirección Socio-cultural de la Presidencia de la República. Tiene 26 años de experiencia, cuenta con más de 1.000 jardines infantiles y salas cuna gratuitas a lo largo del país con cerca de 80.000 niños y niñas beneficiados. “...contribuyendo a un Chile más inclusivo, solidario, justo y democrático”. Su misión es “Lograr desarrollo pleno y aprendizajes significativos de niños y niñas entre tres meses y cuatro años de edad a través de un proyecto educativo de calidad con la participación activa de los equipos de trabajo, familias y comunidad”. Fuente: web institucional.

“Prevenir tempranamente la patología bucal en niños entre 2 y 5 años matriculados en jardines infantiles dependientes de JUNJI⁴ o Integra⁵, o que asisten a los niveles Pre Kinder y Kinder de escuelas municipales y particulares subvencionadas”.

▪ **Componentes:**

Son 3 los componentes:

1) Fomento del autocuidado en salud bucal, el cual se realiza a través de la entrega de un set de higiene oral (cepillo y pasta dental fluorada) y de la educación y promoción del cuidado de la salud oral, en conjunto con la participación de las educadoras de párvulos que han sido capacitadas para estos efectos. El objetivo es dar a conocer la técnica de cepillado y se incluye la promoción de una alimentación saludable a través de una dieta no cariogénica y el manejo de malos hábitos que afectan la salud bucal.

2) Diagnóstico de la salud bucal: lo realiza el odontólogo a través de un examen de la cavidad bucal para detectar la presencia de historia de caries utilizando el índice ceo-d⁶. Se entrega copia al apoderado y a la escuela como una forma de involucrarlos en el proceso de educación continua tanto en el establecimiento como en sus hogares.

3) Prevención específica individual a través de la aplicación de flúor barniz dos veces al año, la cual constituye una acción preventiva específica validada contra la aparición de caries.

El programa es diseñado y gestionado desde el MINSAL, quien asigna el presupuesto entre los Servicios de Salud (SS) y las comunas respectivas, el cual es transferido a los SS por el Fondo Nacional de Salud (FONASA); a su vez, los SS establecen convenios con las municipalidades, que son las responsables de la ejecución del mismo. Para ello se contrata al equipo de salud, el que se desplaza a los jardines infantiles dos veces al año para la realización de las acciones que contemplan los tres componentes. Los sets de higiene bucal y formularios son comprados centralizadamente y luego distribuidos a las comunas; el material e insumos necesarios son provistos por cada municipalidad en convenio. El programa ha diseñado material educativo para uso en los jardines, los cuales además están disponibles en la web.

▪ **Población objetivo y beneficiarios efectivos**

La población potencial está definida por niños de 2 a 5 años que asisten a establecimientos pertenecientes a JUNJI, Fundación Integra, otras ONG o fundaciones y

⁴ Junta Nacional de Jardines Infantiles JUNJI: La misión de la JUNJI es otorgar educación parvularia pública, gratuita y de calidad, y bienestar integral a niños y niñas preferentemente menores de cuatro años, priorizando en aquellos que provienen de familias que requieren mayores aportes del Estado tendiendo a la universalización, a través de diversos programas educativos con una perspectiva de territorialidad; desde una visión de sociedad inclusiva y de niños y niñas como sujetos de derechos; y que reconoce las potencialidades educativas de sus contextos familiares, sociales y culturales incorporándolas para dar mayor pertinencia a sus aprendizajes. Cuenta con 3.132 establecimientos.

⁵ Fundación Integra: es uno de los principales prestadores de educación parvularia en Chile, institución de derecho privado sin fines de lucro perteneciente a la Red Fundaciones de la Dirección Socio-cultural de la Presidencia de la República. Tiene 26 años de experiencia, cuenta con más de 1.000 jardines infantiles y salas cuna gratuitas a lo largo del país con cerca de 80.000 niños y niñas beneficiados. “...contribuyendo a un Chile más inclusivo, solidario, justo y democrático”. Su misión es “Lograr desarrollo pleno y aprendizajes significativos de niños y niñas entre tres meses y cuatro años de edad a través de un proyecto educativo de calidad con la participación activa de los equipos de trabajo, familias y comunidad”. Fuente: web institucional.

⁶ Sigla para denominar el Índice de gravedad del daño en pacientes con dentadura transitoria, consistente en cuantificar el número de piezas dentales con caries, aquellas extraídas y aquellas obturdas, en relación al total de piezas existentes.

a párvulos NT1 y NT2 de establecimientos municipales y particulares subvencionados. Este grupo totaliza 335.937 párvulos como población potencial y objetivo para el año 2016.

El programa no selecciona por previsión e incorpora a los párvulos inmigrantes carentes de documentos oficiales. Se plantea metas crecientes en cuanto a población objetivo para el período 2015 – 2017, en la cual se busca en el primer año cubrir el total de las instituciones JUNJI e Integra y una parte de la matrícula de los establecimientos municipales en los niveles NT 1 y NT 2, esto es un 68% de cumplimiento de la meta total; para el año 2016 se incrementa la meta a un 84%, cubriendo el 100% de la matrícula en los municipales y parte de los particulares subvencionados (aquellos con mayores niveles de vulnerabilidad). Una vez logrado el 100% de la meta, la cobertura en establecimientos subvencionados debiera alcanzar al 20% del total, siempre con el criterio de priorización según nivel de vulnerabilidad.

Población objetivo programada para el año 2017
Programa Sembrando Sonrisas
MINSAL

Institución	Población Objetivo	
	Descripción	Cantidad
JUNJI + Fundación Integra	100% de la matrícula	248.257
Educación Municipal	100% de la matrícula NT1 y NT2	125.210
Ed. Particular Subvencionada	20% priorizado por IVE-SINAE	26.541
Total		400.008

Población Beneficiaria Programa Sembrando Sonrisas
MINSAL

Componente	2015	2016
Educación y entrega de kit	253.503	368.382
Examen de Salud Oral	253.503	368.382
Aplicación de flúor barniz	253.503	368.382

El cumplimiento del programa en el año de inicio es de un 61% (programado 64%) y para el 2016 de 92%, esto es por sobre lo programado que fue de 84%.

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

El Ministerio de Educación a través de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) lleva a cabo un “Programa de Salud Oral” destinado a estudiantes de NT1 a 8º básico (4 a 13 años) de escuelas municipales y subvencionadas de alta vulnerabilidad dependientes del MINEDUC y no incluye en su accionar jardines infantiles JUNJI o Integra. Las acciones contempladas incluyen el ámbito curativo y requieren de sillones dentales los que son instalados en su mayoría en los propios establecimientos educacionales, en dependencias municipales de educación o en móviles dentales. Estos aspectos marcan las principales diferencias con el Programa Sembrando Sonrisas, el cual no requiere de sillón dental ya que no incluye acciones curativas, se focaliza en niños menores (desde los 2 a los 5 años) y trabaja principalmente con jardines infantiles de poblaciones vulnerables. En cuanto a coberturas, JUNAEB tiene el 2016 un total de 173.245 beneficiados entre 4 y 13 años y Sembrando Sonrisas un total de 369.194 entre

los 2 a 5 años. Hay teóricamente un pequeño grupo de estudiantes de 5 años que son cubiertos por ambos programas, sin embargo, dado el diseño de cada uno de éstos, la probabilidad de superposición es escasa y si ocurre, potencia el efecto beneficioso del programa. Con todo, este programa potencia las actividades de promoción y prevención, con una mirada intersectorial que es del todo deseable en este tipo de estrategias.

2. Resultados de la Evaluación

▪ Justificación del programa

El principal problema de salud bucal son las caries, las cuales constituyen una enfermedad crónica que aparece en edades tempranas, constituyéndose en un problema de salud pública que tiene impactos en calidad de vida y salud de las personas.

Los estudios de prevalencia realizados en Chile en población infantil muestran que, a los 2 años, el 83% de la población no tiene historia de caries, la cual disminuye a 54% a los 3 años y a 52% a los 4 años. Esta prevalencia tiene como factores de riesgo el nivel socioeconómico, ya que la población de 6 años de bajos recursos tiene sólo un 22% de población libre de caries, mientras que la de nivel alto de un 60%; estas cifras para los 12 años de edad son de 30% y 68% respectivamente. Otro factor de riesgo es la ruralidad, ya que la población libre de caries en los mismos grupos etarios es aproximadamente la mitad en zona rural respecto de la población de zonas urbanas⁷. Estudios realizados en Estados Unidos señalan el impacto negativo que esta problemática tiene en cuanto a rendimiento escolar, asistencia a clases, mal dormir e interferencias con la alimentación⁸.

Las estrategias de promoción de salud bucal y prevención se basan en tres pilares: adecuada alimentación y hábitos de higiene bucal, uso de pasta dental con flúor y/o fluoruración del agua potable y el uso de Barniz Flúor en forma tópica en dentadura temporal y definitiva desde edades tempranas. Siendo ésta una enfermedad crónica, el objetivo central de las políticas de salud pública en esta materia se orientan a mantener una población sana bajo control periódico, lo cual permite acciones curativas sin necesidad de llegar a la pérdida de piezas dentarias.

La estrategia definida está en consonancia con las recomendaciones, tanto en cuanto población objetivo como sus edades. Las acciones parecen suficientes y adecuadas. Con respecto a las actividades curativas que no están incorporadas, la contraparte ha señalado que no existen consenso experto respecto a la indicación que este tipo de atención tendría sobre población cuya dentadura es mayoritariamente transitoria; esto también en términos de costo beneficio. Una de las virtudes del diseño es que la población objetivo se focaliza en aquella de mayor vulnerabilidad dado el modelo de atención, realizado en los jardines infantiles, lo cual garantiza el acceso de los párvulos a los beneficios que entrega.

No existen a juicio del panel los mecanismos suficientes en el diseño para garantizar la continuidad de la atención de estos párvulos, a pesar de la existencia de otros programas dirigidos a grupos menores de 20 años que incluyen el de JUNAEB antes señalado, la atención en la red APS y la Garantía Explícita en Salud Atención odontológica de los 6

⁷ “Diagnóstico Nacional de Salud Bucal en niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia. Chile 2007-2010. MINSAL 2012 Subsecretaría de Salud Pública.” Estudio de prevalencia, índice significativo, severidad de caries y distribución de lesiones por diente, en niños de 2 a 3 años pertenecientes a Jardines Infantiles Integra de la RM. Beatriz Del Carmen Belmar Rebolledo U. de Chile 2015. Tesis de Grado.

⁸ Beyond the dmft. The human and economic cost of early childhood caries

años. Por su parte, sería adecuado que existieran procesos definidos para la derivación de los pacientes del programa que requieran atención curativa.

▪ **Eficacia y Calidad**

El programa ha definido como indicador de resultado a nivel de propósito el porcentaje de niños libres de caries dentro de su población beneficiaria, en el entendido que, al ser un programa eminentemente preventivo, este porcentaje debería aumentar en el tiempo. En efecto, al observar este indicador se constata que ha tenido una leve alza desde 54,1% en 2016 a 56% en 2017. No obstante, es muy pronto para determinar si esto constituye una tendencia. Más aun, es difícil cuantificar que parte de la variación sería atribuible al programa y cuál a otros factores, sobre todo cuando el indicador es medido al ingreso del niño o niña al programa. Se recomienda reemplazar este indicador por una evaluación de los niños a los 6 años.

En cuanto a la eficacia por componentes:

Componente 1: *Fomentar el autocuidado en salud bucal en población parvularia*

El indicador de eficacia definido para este indicador es número de sets de higiene oral entregados / número de sets comprometidos. De acuerdo a este indicador, el cumplimiento del programa alcanza al 137% en 2015 y 118% en 2016. Por otro lado, si cambiamos el denominador por el número de beneficiarios efectivos (en este caso niños con examen de salud oral realizado), se observa una situación más clara, que indica la entrega de aproximadamente un set por beneficiario en cada año. En consecuencia, se recomienda cambiar el indicador de cumplimiento original por número de sets de higiene oral entregados / número de niños con examen de salud oral.

Componente 2: *Diagnóstico de salud bucal en población parvularia*

El producto de este componente es el examen de salud oral, del cual se realiza uno por niño. El indicado es número de niños con examen realizados / número de exámenes comprometidos. Se observa que el componente ha superado en 24% y 19% sus metas para los años 2015 y 2016, respectivamente.

Componente 3: *Prevención individual específica a través de flúor barniz en población parvularia*

Este componente comprende dos aplicaciones de flúor barniz por cada niño y niña en el programa. El indicador de eficacia definido para el componente es número de aplicaciones de flúor barniz realizadas / (número de exámenes de salud oral comprometidos x2). Con este indicador el cumplimiento del programa ha sido superior al 90% en sus dos años de operación.

Al igual que en el Componente 1, una situación distinta aparece si se ocupa en el denominador el número de beneficiarios efectivos. En este caso el cumplimiento baja a 76%, equivalentes a un promedio de 1,5 aplicaciones por niño, muy por debajo del estándar deseado. Esto significa que la mitad de los niños no reciben la segunda fluoración.

Cobertura y focalización:

El programa no cuenta con una base de datos de beneficiarios. Sin embargo, estos se pueden obtener del número de exámenes de salud oral realizados (Componente 2), ya que solo se realiza un examen por niño. Todos los componentes tienen el mismo conjunto de beneficiarios.

Los beneficiarios totales ascendieron a 253.503 en 2015 y 368.382 en 2016, lo que corresponde a un alza de 45%. En cuanto a cobertura, estos beneficiarios corresponden al 93% y 110% de la población objetivo declarada por el Programa para los años 2015 y 2016, respectivamente.

En cuanto a los criterios de focalización estos se basan en la dependencia del establecimiento. De esta forma se busca entregar cobertura al 100% de los jardines de JUNJI e INTEGRA y del nivel pre-básico de los colegios municipales, pero solo al 29% más vulnerable de los colegios particulares subvencionados. Se recomienda revisar la pertinencia de este último criterio, considerando las últimas reformas educacionales que eliminan el copago y la selección en los colegios particulares subvencionados. Con el criterio actual podría darse el caso de colegios particulares subvencionados excluidos del programa que son más vulnerables que colegios municipales incluidos

Calidad:

Este programa no cuenta con indicadores que den cuenta de la calidad de las atenciones. Tampoco existe, en conocimiento de este panel, ningún estudio que haya evaluado la calidad técnica ni la satisfacción de los beneficiarios.

▪ **Economía**

Los recursos totales (miles pesos 2017) del Programa en el año 2013 tuvo un monto de M\$1.293.879, el 2014, de M\$1.276.637, el 2015 de M\$2.280.596, el 2016 de M\$3.284.411, y el 2017, con M\$4.251.766.

La fuente de ingreso del presupuesto asignada por ley al programa proviene del aporte fiscal. El presupuesto al año 2013, ascendió a un monto de M\$1.120.498, el 2014 con M\$1.105.283, el 2015 con M\$1.974.233, y el 2016, con M\$2.842.540.

El incremento de presupuesto entre año 2013, M\$1.120.322, respecto del presupuesto del año 2017, por un monto de M\$3.679.766, asciende a un aumento del 228%.

El presupuesto 2017 del Programa forma parte de un 0,24% del presupuesto del MINSAL en Atención Primaria, cuyo porcentaje ha oscilado entre el 0,1 al 0,24% entre el 2013-2017

El nivel de ejecución del presupuesto a nivel de devengación del gasto asciende a un 100%, para los años 2013-2016, 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 ajustado al marco presupuestario.

Por otro lado, si vemos la ejecución total, incluyendo el aporte de las Municipalidades/Corporaciones, y el rubro de gasto de operación y administración, los gastos han sido principalmente recursos de inversión directa en los usuarios con más de 86% de gastos en producción, y de un 13-15% aproximado de gastos de administración.

Respecto de este gasto administrativo, el MINSAL financia la contratación de un profesional para tareas administrativa (M\$24.000 anualmente), cuyo porcentaje alcanza un 0,6% del gasto total, nivel de gasto de agencia razonable para el volumen de inversión que se maneja.

El porcentaje restante de administración, esto es 13-15%, proviene de los aportes de terceros⁹, las Municipalidades/Corporaciones, quienes también realizan aportes extras al margen de los convenios con los Servicios de Salud, que se materializan en recursos administrativos y logísticos que ayudan a garantizar el cumplimiento de las obligaciones institucionales contraídas.

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 Sembrando Sonrisas, cuyo monto aproximado alcanzó los M\$572.000, 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, cuyos cálculos arrojan el gasto del año 2013 con M\$173.556, 2014 con M\$171.354, el 2015 con M\$306.363, y el 2016 con M\$441.870.

▪ **Eficiencia**

Para este programa no se dispone información de costos separada por componentes, así que se considera el gasto total del programa por beneficiario como indicador. Además, la información se encuentra disponible solo para los últimos dos años.

Así, se puede señalar que entre 2015 y 2016 se produjo un incremento en el gasto de programa de un 44% real, el que fue acompañado de un incremento similar en los beneficiarios, lo que permitió que el indicador se mantuviera constante no afectándose la eficiencia del programa.

▪ **Desempeño Global**

Este programa y sus componentes contribuyen a resolver el problema que busca solucionar, con acciones que están plenamente validadas en términos de su efectividad y eficiencia sanitaria. La cobertura ha ido ampliándose y el diseño garantiza una muy buena focalización, aun cuando se considera que este criterio debiera ser revisado en el caso de las escuelas subvencionadas, a quienes se da una menor cobertura, en vista de las modificaciones que la reforma educacional ha generado en cuanto a la concentración de estos grupos en determinadas escuelas. Los componentes 1 y 2 muestran buenos niveles de cumplimiento de acuerdo a las metas definidas para ellos. El componente 3, por su parte, muestra un nivel más bajo del esperado, sin embargo, esto se ve enmascarado por la definición del indicador utilizado para evaluarlo.

⁹ El monto de administración que ofrece las municipalidades/corporaciones, nace de una estimación de costos de RRHH, bienes y servicios, y equipamiento básico (usando una muestra de 4 municipalidades), para administrar el programa, con precios 2017. Se levanta los insumos mínimos que usan los programas, dejando de lado el gasto administrativo del Per cápita, y PRAPS, y con ello deja un margen de 12% de gasto de programas, y cuyo promedio de costo por cada programa varía entre un 0,25%-2%, de los costos administrativo de cada Depto. de Salud. Luego, se clasifica los gastos en tres tipos de instituciones comunales, pequeña, media y grande. Posteriormente, según los convenios con el organismo financiador, se obtiene los costos regionales y a nivel nacional. Finalmente, se define para cada año los costos, tomando el % del presupuesto del año y se compara con el presupuesto línea base del 2017, para estimar los costos según su proporción.

El programa presenta una buena cobertura de su población objetivo y tiene un diseño adecuado, quedando sí poco definido, cuáles son los mecanismos que permiten garantizar que el párvulo que requiere acciones de tipo curativas, que no están incluidas en el programa, las pueda recibir en forma oportuna y garantizada en la red pública de atención. Tampoco se dan las coordinaciones para la continuidad de la atención del párvulo una vez que egresa del programa.

De igual forma, no se han diseñado mecanismos que a juicio del panel sean suficientes para evaluar la calidad de las prestaciones llevadas a cabo por las municipalidades y los SS en el cumplimiento de su tarea, ya que no cuenta con indicadores de calidad.

El presupuesto del programa en el año 2013, incluyendo el presupuesto municipal, presento un monto de M\$1.293.879, el cual tuvo anualmente un incremento permanente de ingresos hasta llegar al año 2017, con un monto de M\$4.251.766, representando un 228% de crecimiento de presupuesto del Programa, y un formado parte de un 0,24% del presupuesto del MINSAL en Atención Primaria. Los primeros registros, explican que este aumento provendría del aporte fiscal del sector salud, sin tener registro de otras fuentes de apalancamiento financiero.

El nivel de ejecución del presupuesto a nivel de devengación de gasto asciende a un 100%, para los años 2013-2016, resultado satisfactorio a los objetivos planteados, respecto de un programa que se gestionan en base a metas comprometidas y ajustado al marco presupuestario.

Los gastos (2013-2016) han sido principalmente recursos de inversión directa en los usuarios con más de 85,8%-86,6% de gastos en producción, y entre 13-14% de gastos de administración, si incluimos el aporte de Municipalidades/Corporaciones.

Si bien no hay registro de ahorros generados, se entiende que todos los procesos de compras de los insumos de producción se están realizado en el marco legal a través el Portal Compras Públicas, o el uso de CENABAST, y, por otro lado, que la contratación del personal se ha vinculado conforme a las reglamentaciones del sector salud.

No se registran hechos relevantes respecto de registros de mermas o perdidas de patrimonio, así como no existen registro de costos de deudas incobrables. Esto último resultado se debe a que se utiliza la modalidad de Orden de Compra y no se entrega fondos o préstamos, y por ende una rendición eficiente de la inversión efectuada a la organismos financiadores y fiscalizadores.

3. Principales Recomendaciones

- Establecer mecanismos que permitan evaluar la calidad de las acciones llevadas a cabo por la municipalidad en los 3 componentes que tiene el programa.
- Revisar los criterios de focalización, en relación a las escuelas particulares subvencionadas, en términos de verificar si efectivamente éstas son menos vulnerables que las municipales y por tanto, sujetas a coberturas más bajas.

- También en cuanto a la focalización, se recomienda revisar el criterio de selección de colegios subvencionados de manera que no se discrimine entre alumnos de igual vulnerabilidad según la dependencia del colegio al que asisten.
- Se recomienda la realización periódica de encuestas de satisfacción a apoderados y educadoras, de manera de llevar un seguimiento continuo de la calidad del programa.

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

AGOSTO 2017



Cabinete Ministra
Departamento de Control de Gestión Ministerial
RCCG/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 Sembrando Sonrisas.

2017

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Agosto

I. Respuesta Institucional

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

Agradecemos a la comisión de la Evaluación de Programa Gubernamental (EPG), el extenso análisis realizado y la valoración de las estrategias de promoción de salud bucal y prevención, que tal como lo señalan en el resumen ejecutivo se basan en tres pilares: adecuada alimentación y hábitos de higiene bucal, uso de pasta dental con flúor y/o fluoración del agua potable y el uso de barniz flúor en forma tópica en dentadura temporal y definitiva desde edades tempranas y reconoce que siendo ésta una enfermedad crónica, el objetivo central de las políticas de salud pública, en esta materia se orientan a mantener una población sana bajo control periódico, lo cual permite acciones curativas sin necesidad de llegar al daño o pérdida de piezas dentarias.

El programa es diseñado y gestionado desde el Ministerio de Salud (MINSAL), quien asigna el presupuesto entre los Servicios de Salud (SS) y las comunas respectivas, el cual es transferido a los SS por el Fondo Nacional de Salud (FONASA); a su vez, los SS establecen convenios con las municipalidades, que son las responsables de la ejecución del mismo. Para ello, el administrador municipal debe contratar un equipo de profesionales odontólogos y técnicos paramédicos, el cual se desplaza a los jardines infantiles o colegios seleccionados, de manera tal, que los niños y niñas reciban acciones preventivas específicas dos veces al año. La estrategia contempla tres componentes: educación y entrega de kit de higiene bucal, examen y aplicación tópica de barniz de flúor dos veces al año. Se registra el examen de salud oral en formularios los que son comprados centralizadamente y luego distribuidos a las comunas; así como también se realiza compra centralizada, a través de, la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) del Servicio Nacional de Servicios de Salud (SNSS), para las pastas y cepillos dentales y barnices de Flúor. El programa se complementa con las acciones realizadas por la Subsecretaría de Salud Pública, quien ha diseñado material educativo para uso en los jardines, los cuales además están disponibles en la web.

Reconociendo como debilidad del programa, respecto a la continuidad de los cuidados de éstos párvulos, consideramos que la coordinación con el Programa CERO (control con enfoque de riesgo odontológico) iniciado este año en los centros de atención primaria en conjunto con el Programa de Protección Chile Crece Contigo son las instancias de coordinación que se deben reforzar con el fin de garantizar atención odontológica a aquellos párvulos que requieran atención curativa y/o de especialista.

Respecto a la medición de eficacia, ésta se describe como acorde a las actividades realizadas para exámenes de salud y entrega de kit de higiene, reconocemos las debilidades del registro de la segunda aplicación de flúor, ya que sistema de registro no permite asociar cada aplicación al RUT del usuario, estamos dispuestos a solicitar colaboración a la plataforma Chile Crece Contigo, aun cuando no contamos con recursos para el registro (digitadores).

II. Complemento a 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 3 del Informe Ejecutivo Final:

Recomendación dada Informe Ejecutivo Final	Respuesta Institucional
Establecer mecanismos que permitan evaluar la calidad de las acciones llevadas a cabo por la municipalidad en los 3 componentes que tiene el programa.	Se orientará a los Servicios de Salud y Municipalidades mecanismos de evaluación cualitativa de los componentes del programa.
Revisar los criterios de focalización, en relación a las escuelas particulares subvencionadas, en términos de verificar si efectivamente éstas son menos vulnerables que las municipales y por tanto, sujetas a coberturas más bajas.	En rediseño de orientaciones técnico administrativas se trabajarán criterios de focalización los cuales serán además abordados en mesa nacional y regional intersectorial.
También en cuanto a la focalización, se recomienda revisar el criterio de selección de colegios subvencionados de manera que no se discrimine entre alumnos de igual vulnerabilidad según la dependencia del colegio al que asisten.	En rediseño de orientaciones técnico administrativas se trabajarán criterios de focalización los cuales serán además abordados en mesa nacional y regional intersectorial.
Se recomienda la realización periódica de encuestas de satisfacción a apoderados y educadoras, de manera de llevar un seguimiento continuo de la calidad del programa.	Se orientará a los Servicios de Salud y Municipalidades la realización de encuestas de satisfacción a educadoras y apoderados.