

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

PROGRAMA SALUD ORAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS (JUNAEB)

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

ENERO - JULIO 2017

NOMBRE PROGRAMA: Programa de Salud Oral
AÑO DE INICIO: 1991
MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Educación
SERVICIO RESPONSABLE: Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas JUNAEB

RESUMEN EJECUTIVO

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2013 - 2016

PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2017: \$8.240.855 millones

1. Descripción general del programa

El Programa de Salud Oral es parte del Programa de Salud del Estudiante que lleva a cabo la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), organismo dependiente del Ministerio de Educación (MINEDUC). Se inicia en 1991, actualmente tiene cobertura nacional y cubre establecimientos educacionales subvencionados, con los cuales JUNAEB ha establecido convenio con las municipalidades correspondientes para el desarrollo de este programa¹.

JUNAEB integra las Mesas de Trabajo de Salud Bucal junto con el Ministerio de Salud (MINSAL), Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) e Integra desde el año 2007 en que se instaura esta instancia intersectorial que ha participado entre otros, en el diseño del programa Sembrando Sonrisas y del Modelo de Intervención de Promoción y Prevención de Párvulos en el área odontológica.

▪ **Objetivos de Fin y Propósito**

El objetivo del programa a nivel de fin es: “Contribuir a la permanencia, acceso y equidad en la educación de los y las estudiantes vulnerables matriculados en establecimientos municipales y particulares subvencionados, con acciones que mejoren su calidad de vida” y a nivel de propósito: “Estudiantes de Educación Parvularia y Básica de escuelas municipales y particulares subvencionadas vulnerables mejoran su salud bucal mediante acciones preventivas, educativo-promocionales y curativas”.

▪ **Componentes:**

El Programa tiene dos componentes:

Primer componente: “Estudiantes reciben atención odontológica integral a través del Modelo de Atención Integral”; las actividades se llevan a cabo durante la jornada escolar en los recintos educacionales, móviles dentales y dependencias municipales de educación principalmente.

Segundo componente: “Estudiantes beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar (PAE) de establecimientos educacionales subvencionados de comunas rurales que no cuentan con agua potable fluorurada² reciben leche fluorurada”: esta se entrega en el

¹ El Programa requiere de un “módulo dental”, espacio donde se desarrolla el programa, por lo cual JUNAEB establece un convenio de colaboración con las municipalidades, el cual señala la voluntad por parte de ésta de implementar el programa, procediendo JUNAEB a la implementación del módulo que incluye sillón dental. A partir del 2009, estos son traspasados en propiedad a las municipalidades correspondientes, alcanzando a la fecha 195 módulos que corresponde al 67% del total.

² Esto puede obedecer a la inexistencia de redes de agua potable o bien a tener coberturas demasiado bajas que no justifican su implementación. Norma de Uso de Fluoruros en la prevención odontológica MINSAL 2008

desayuno y beneficia al 100% de los alumnos matriculados de 1º a 8º básico. Aquí se trabaja en coordinación con el MINSAL en cuanto selección de las comunas beneficiadas, ya que aquellos estudiantes que viven en comunas con agua potable fluorurada no deben recibir además la leche con flúor³. Las comunas en estas condiciones se encuentran en las siguientes regiones: Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins, Maule, Biobío, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes.

▪ **Descripción de los componentes:**

Primer componente: Las actividades realizadas son: a) Educativas: enseñanza centrada en hábitos de higiene bucal y alimentación saludable destinada a controlar y modificar los factores de riesgo. Participan padres y apoderados, profesores y educadores. b) Preventivas: control de placa bacteriana, técnica de cepillado con pasta dental con flúor, aplicación de sellantes y de flúor barniz. c) Curativas: incluye las prestaciones de Operatoria Dental (Obturaciones amalgama y vidrio ionómero), Endodoncia (recubrimiento pulpar y pulpotomías) y Cirugía Bucal (exodoncias). En algunos casos se incorpora la atención de urgencias y la realización de radiografías.⁴ Trabaja con los Niveles de Transición 1 y 2 (NT1 y NT2)⁵ y de Enseñanza Básica de 1º a 8º (rango etario de aproximadamente 4 a 13 años), estableciendo criterios de focalización a través del uso del indicador IVE-SINAE⁶ que evalúa los establecimientos respecto de pobreza estructural y otros factores como condiciones sociales y culturales del entorno de estudiante.

En el modelo de JUNAEB, el párvulo es ingresado para un diagnóstico inicial y luego tratado en varias sesiones según la necesidad individual hasta el alta integral⁷. Cada niño que ya ha sido tratado es controlado en Kinder, 1º, 2º, 3º, 5º, 7º y 8º básico⁸. Las actividades educativas se realizan en todos los cursos con grupos pequeños de niños en forma personalizada y si en los controles se detecta necesidad de tratamiento, este es realizado en el mismo recinto en que se llevan a cabo las demás actividades.

Para llevar a cabo este componente, se cuenta en 2016 con 288 módulos dentales, de los cuales el 33% están en escuelas, un 25% en móviles dentales, un 23% en

http://ssviqui.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/05/08-Norma-de-Uso-de-Fluoruros-en-la-Prevenci%C3%B3n-Odontol%C3%B3gica-2008.pdf

³ El exceso de flúor provoca daño en la dentadura (fluorosis dental), por tanto, este componente es controlado a través de un convenio con la Fundación Borrow del Reino Unido y el INTA de la Universidad de Chile, quienes supervisan en forma constante las dosis de flúor entregadas con la leche. Para el caso de las empresas de agua potable, el control lo realizan las SEREMI de Salud

⁴ En modalidad BiteWing: utilizada para piezas posteriores y reflejan la corona de molares y premolares y la altura del hueso entre sus dientes; se utiliza para estudio de caries inter-proximales y periodontitis).

⁵ Niveles en la educación parvularia en Chile: 1er ciclo: Sala Cuna: 0 a 1 año; medio menor 2 años; medio mayor 3 años; 2do ciclo: Nivel de transición 1 (NT1): 4 años y Nivel de Transición 2 (NT2): 5 años. Fuente: Antecedentes Generales de Nivel de Educación Parvularia en Chile. MINEDUC 2014

⁶ El Sistema Nacional de Asignación con Equidad (SINAE) es una metodología de medición de condición de vulnerabilidad del estudiante que se construye con información de diferentes fuentes: Encuesta JUNAEB sobre vulnerabilidad (IVE), sistema de afiliación en salud, pertenencia a programas sociales, información del Registro Civil y de Matriculas del MINEDUC.

⁷ Según lo señalado por contraparte, el alta integral hace referencia a la resolución de toda la patología bucal que en su momento está presente; sin embargo, se hace la salvedad de que la patología bucal es crónica y recurrente, por lo cual el alta integral no exime de la reaparición de caries u otro tipo de patología, por lo cual se valida el concepto de "población bajo control", donde el tratamiento se realiza oportunamente toda vez que se necesita, para lo cual el control de la población es necesario.

⁸ Se excluyen los niños que tienen 6 años de edad y son cubiertos por GES

establecimientos de la red pública de salud y un 17% en otras dependencias municipales. El costo estimado que tiene para el programa cada módulo dental fijo es de algo más de 10 millones de pesos y el de cada clínica dental móvil de 32 millones. Estos se distribuyen en 275 comunas de las 15 regiones. Con la información disponible, no es posible establecer la eventual capacidad ociosa de esta infraestructura ni el uso que otros programas le dan; según señala la contraparte. Un estudio reciente en una amplia muestra de módulos dentales indicaría que en un 64% de éstos, existen programas que hacen uso de ella en extensión horaria, incluyendo por ejemplo la estrategia del MINSAL orientada a estudiantes de 4º medio.

Se definen dos canastas: una al ingreso al programa, que incluye en promedio 8 aplicaciones de sellantes, 8 educaciones grupales, 1 examen de salud, una profilaxis y una fluoración tópica, mientras que en lo curativo la canasta incluye en promedio 6 tipos de prestaciones. En la segunda canasta de control se mantienen las mismas prestaciones, modificándose solamente las sesiones de educación grupal que se reducen de 8 a 4 y en las actividades curativas se elimina la pulpotomía^{9 10}.

Población potencial: En base a Sistema de Información General de Estudiante (SIGE) del MINEDUC, en el año 2016 hay 2.507.087 estudiantes matriculados en establecimientos subvencionados por el Estado, los que representan la población potencial del programa, excluyendo los estudiantes de 6 años cubiertos por GES.

▪ **Población objetivo y beneficiarios efectivos**

Primer componente: la población objetivo está constituida por estudiantes de Pre-Kínder a 8º básico, matriculados en establecimientos educacionales priorizados de acuerdo a criterios de focalización, y con los cuales se ha establecido convenios entre JUNAEB y entidades públicas o privadas de acuerdo al presupuesto que tiene el programa. Esta población objetivo pertenece a FONASA, ISAPRES, Chile Solidario o Ingreso Ético Familiar; se excluye expresamente a los beneficiarios de 6 años del programa de Garantías Explícitas en Salud¹¹. La población objetivo es la misma que la potencial y se incluyen en esta a estudiantes de escuelas especiales y aquellos estudiantes en Programas de Integración Educativa (PIE), que asisten al establecimiento. En el año 2016 se inicia un programa piloto para atención de estudiantes de escuelas que atienden niños con ceguera.

Segundo componente: la población objetivo corresponde a alumnos de 1º a 8º básico que se benefician del Programa de Alimentación Escolar (PAE), matriculados en establecimientos educacionales rurales sin acceso a agua potable fluorurada de las regiones de Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins, Maule, Biobío, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes. En estas 11 regiones hay 242 comunas rurales sin acceso a agua potable fluorurada que son beneficiadas con el programa. La leche suplementada con flúor se entrega en 2.861 escuelas a lo largo del país, correspondientes al 100% de la matrícula de escolares de 1º a 8º básico de todas las escuelas rurales correspondientes a esas comunas.

⁹ Destartraje y pulido de corona, pulpotomía, exodoncia, obturación amalgama y obturación vidrio ionómero.

¹⁰ El número de sellantes y acciones curativas señaladas representan un promedio, basados en el último estudio del MINSAL 2007

¹¹ A partir del 2017 a través de un decreto se determina atención universal.

Número de beneficiarios efectivos Programa de Salud Oral - JUNAEB

	2013	2014	2015	2016	% Variación 2013-2016
Componente 1	161.077	166.420	166.654	173.245	6,96
Componente 2	170.263	170.263	170.263	153.040	- 10,12
Total					

Fuente: Balance de Gestión Integral MINEDUC años 2013, 2014 y 2015. Sistema Informático de Salud Bucal JUNAEB, Base datos Programa Alimentación Escolar

En la actualidad el primer componente cubre aproximadamente el 6.9% de la matrícula total de estos niveles. En el segundo componente, el número corresponde al valor referencial señalado en las licitaciones del PAE. Es por esto que se mantiene constante entre 2013 y 2014 y baja en el año 2016, cuando se realizó una nueva licitación. La disminución en esta última licitación respecto de las anteriores se explicaría por la caída en la matrícula en escuelas rurales.

El Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, desarrolla un programa denominado “Sembrando Sonrisas” que existe como tal desde el año 2014 y que está destinado a párvulos de edades entre los 2 y 5 años, focalizado en población vulnerable, por lo cual se radica en Jardines Infantiles de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y Fundación Integra, además de escuelas subvencionadas de mayor vulnerabilidad (el 20% de los beneficiarios pertenecen a este último grupo). Las principales diferencias con el programa JUNAEB, es que el programa del MINSAL no incluye actividades curativas y tampoco requiere de infraestructura especial como el sillón dental; las actividades se llevan a cabo dos veces al año en cada jardín infantil, e incluyen actividades educativas en hábitos alimentarios sanos, higiene bucal y prevención específica a través de la aplicación de flúor barniz. En cuanto a coberturas, JUNAEB tiene el año 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.

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 tiene un 60% libre de caries; 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 urbanas¹².

¹² “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. ¹² Estudio de prevalencia, índice

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 alimentación.¹³

Siendo ésta una enfermedad crónica, el objetivo central de las políticas de salud pública en esta materia se debieran orientar a mantener una población sana bajo control periódico, lo cual permite acciones curativas sin necesidad de llegar a la pérdida de piezas dentarias.

En cuanto a la fluoruración de la leche, esta estrategia fue iniciada por el MINSAL el año 1994 con un estudio piloto realizado en la comuna de Codegua, Región de O'Higgins, en la que se fluoruraron los productos lácteos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y en la que participaron 1.083 niños entre 0 a 6 años. Utilizando una población de control, se logró evidenciar al cabo de 5 años una reducción del índice de caries de un 40% a 70% en la población que recibió el suplemento.¹⁴

Durante los años 2000 a 2003 la JUNAEB desarrolló un estudio piloto de fluoruración de leche entregada a través del Programa de Alimentación Escolar (PAE), en las zonas rurales de la Región de La Araucanía. En ella participaron 32.000 escolares entre los 6 y 14 años a quienes se les entregaba junto con el desayuno este suplemento. El grupo control estuvo constituido por un grupo que sólo era beneficiado con la aplicación de Flúor Gel. Al cabo de 36 meses se evidenció en el grupo que recibió suplemento una reducción entre 24% – 27% de caries dentales, respecto del basal. Estos efectos beneficiosos fueron similares a aquellos obtenidos con la fluoruración del agua potable en Santiago.

La estrategia aplicada en este programa de desarrollar actividades de promoción y prevención específica en patología bucal están plenamente validadas y son evaluadas positivamente, tanto en su primero como segundo componente. Las actividades desarrolladas y productos entregados se consideran suficientes en estas dos áreas, así como las edades en las cuales se aplican. No se han evidenciado superposiciones en los temas de promoción y prevención que pudieran ser significativas. En cuanto a la fluoruración de la leche, el segundo componente, el diseño del programa pone particular énfasis en que esta situación no se produzca, lo cual a juicio del panel se logra.

En cuanto al diseño y realización de las actividades curativas, el panel tiene las siguientes objeciones y observaciones:

La función curativa en el sector público está radicada en el MINSAL, donde las políticas y estrategias aplicadas tienen como ente rector y normativo a ese ministerio y su articulación, gestión y desarrollo en el ámbito público lo llevan a cabo los Servicios de Salud (SS) y APS a través de la red asistencial pública, según lo establece la ley de Autoridad Sanitaria N°19.937 del 2004. Aquí el MINEDUC asume funciones no sólo en la gestión sino también en el diseño, es decir, en el qué hacer en el ámbito curativo y a qué población específica. En tal sentido, se sugiere que MINSAL concuerde la normativa

significante, 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.

¹³ Beyond the dmft. The human and economic cost of early childhood caries J Am Dent Assoc. 2009;140:650-657 L Edelstein and Elyse Maiorini Paul S. Casamassimo, Sarat Thikkurissy, Burton

¹⁴ Estudio realizado con la participación del INTA y la OMS. Artículo: Mariño R, Villa AE, Guerrero S. A community trial for fluoridated powdered milk in Chile. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29:435-42.

específica respecto de cómo se tratan las caries en dentadura transitoria, la cual pudiera entonces ser aplicada en forma homogénea a todos los programas que se dirigen a ese grupo poblacional, incluyendo el de JUNAEB.

Por otro lado, se desarrolla una costosa infraestructura a través de módulos dentales que se ubican mayoritariamente en escuelas y móviles dentales que son gestionados y en su mayoría propiedad de ese sector para realizar estas acciones. Si bien la contraparte señala que esta infraestructura está siendo utilizada por otro tipo de programas orientados al mismo objetivo, el panel considera que este aspecto amerita una exhaustiva revisión para luego diseñar las coordinaciones y acciones que garanticen su máximo uso.

El análisis de la superposición de este programa con otros que lleva a cabo el MINSAL y la forma y medida en la cual se está o no garantizando la continuidad de la atención de los grupos etarios infantiles y adolescentes es un aspecto relevante a analizar:

Hay 7 programas o componentes de programas de salud bucal financiados por el Estado orientados y/o que cubren a los grupos menores de 20 años, además del programa de JUNAEB, los cuales se describen someramente a continuación:

1. **Sembrando Sonrisas:** cubre población de 2 a 5 años principalmente de jardines infantiles JUNJI y Fundación Integra, centrado en actividades de promoción y prevención específica. Población beneficiada el año 2016: 369.174 párvulos. Su diseño es diferente al programa en evaluación, pero las actividades que realiza tienen el mismo propósito.
2. **Programa de Acercamiento a la atención dental:** a través del uso de móviles dentales para cubrir poblaciones en zonas de difícil acceso. No hace distinción en tramos de edad.
3. **Programa de promoción, prevención y recuperación de salud bucal:** llevada a cabo en los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y cubre exclusivamente a población menor de 20 años. Se realiza en 139 de estos centros, que son los que actualmente cuentan con sillón dental.
4. **Programa de escolares de 4º medio:** orientado a alumnos vulnerables de 4º medio en acciones de promoción, prevención y curación de patología odontológica.
5. **Plan de Salud Familiar y Comunitario de la APS:** financiado por el per cápita, incorpora todas las actividades promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación en el ámbito de salud bucal. Para estos efectos se cuenta con algo más de 434 Centros de Salud Familiar que tienen sillones dentales. Este plan de salud se complementa con las prestaciones de especialidad que se llevan a cabo en el nivel secundario de salud. No tiene restricciones por edad.
6. **Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) de los 6 años:** corresponde al Problema de Salud N°23 del GES y consiste en atención odontológica en ámbitos educativos, preventivos y curativos que se lleva a cabo en la APS.
7. **Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) Atención de Urgencia ambulatoria:** es el problema de salud N°46 enfocado en el manejo principalmente de los cuadros de dolor agudo asociado a patologías buco máxilo faciales.

No es posible cuantificar la existencia de las superposiciones que pudieran darse en la ejecución de estos 8 componentes ya que la información registrada no está rutificada en todos los casos. Sin embargo, a partir del análisis de su diseño, es factible que ésta se dé entre todos los componentes, particularmente entre el que se lleva a cabo en los CECOSF con el programa de 4º medios y con el Plan de Salud Familiar de la APS, tanto

en el ámbito preventivo como curativo. Para el caso del programa Sembrando Sonrisas y JUNAEB, el panel considera que las superposiciones si se dan, lo hacen en forma muy marginal y sin impacto en el costo; en este caso, se favorece y potencia los beneficios.

Si bien el MINSAL define ambos programas como complementarios, para el panel no queda claro en qué ámbito específico se complementan, ya que, desde el punto de vista práctico, la complementariedad debiera expresarse entre otros, en la continuidad del cuidado para los beneficiarios de ambos programas, situación que a juicio del panel muy probablemente no se da en forma significativa; primero por la cantidad de beneficiados, que es más que el doble en el programa Sembrando Sonrisas respecto de la de JUNAEB, y, por otro lado, los criterios de focalización son distintos. Si bien la contraparte JUNAEB señala que existen instancias de coordinación, a juicio del panel estas no necesariamente se dan en el nivel local en toda su potencialidad y con toda la sinergia que sería deseable.

Cada uno de estos programas y los componentes arriba presentados tiene sus características propias, sin embargo, cabe preguntarse si estrategias que se organicen y/o estructuren de mejor forma en torno a los objetivos comunes que claramente tienen, permitiría mejores resultados e impacto y una mayor eficiencia en el uso de los recursos. Vistos en su conjunto, no se puede evidenciar que éstos garantizan la continuidad en el control y tratamiento de este segmento poblacional, que es el objetivo central deseado.

▪ **Eficacia y Calidad**

Eficacia:

El cumplimiento del propósito se mide, principalmente, a través de la variación del componente C de los indicadores COP-D y ceo-d. Los resultados muestran valores cercanos al 100%. Para el componente de leche fluorada, el indicador corresponde a la variación del índice COP-D al cabo de 10 años en el programa, plazo que aún no se ha cumplido.

Primer Componente:

Entre los años 2014 y 2016 el cumplimiento de las metas fijadas por el programa para este componente ha estado en torno al 97%. Por lejos la región con más bajo cumplimiento es Atacama, la que, sin embargo, ha aumentado su índice desde 47% en 2014 a 74% en 2016. Pese a que el cumplimiento se ha mantenido estable, la producción total ha crecido un 5%, desde 164.401 en 2014 a 173.205 en 2016.

Segundo Componente:

Este componente mide su producción a través del número de niños que reciben un vaso de leche fluorada cada desayuno. Este número se mantuvo constante en 170.263 entre los años 2013 y 2015, disminuyendo en un 10% a 153.040 en el año 2016¹⁵.

Cobertura y focalización:

Para el primer componente, el programa cuenta con una base de datos de beneficiarios efectivos. El número de beneficiarios muestra un aumento de 7,9% en el periodo en

¹⁵ El número corresponde al valor referencial señalado en las licitaciones del PAE. Es por esto que se mantiene constante entre 2013 y 2014 y baja en el año 2016, cuando se realizó una nueva licitación. La disminución en esta última licitación respecto de las anteriores se explicaría por la caída en la matrícula en escuelas rurales.

estudio. La cobertura de la población potencial ha crecido desde un 6,6% en 2013 a un 6,9% en 2016.

En el segundo componente, el número de beneficiarios efectivos declarado por el programa alcanza los 170.263 para los años 2013 a 2015 y baja a 153.040 el 2016. Como se señaló anteriormente, este valor corresponde a la cantidad licitada en el PAE; se desconoce el número de niños que efectivamente reciben el vaso de leche fluorada.

Un número indeterminado de alumnos podría ser beneficiario de ambos componentes, por lo que no es posible conocer el total de beneficiarios del programa.

En cuanto a la focalización, más del 90% de los establecimientos en el programa cuentan con un indicador IVE-SINAE superior a 60. La priorización por establecimiento implica que por un lado estudiantes no vulnerables de establecimientos vulnerables participen del programa y, por otro, que estudiantes vulnerables de colegios no vulnerables queden fuera de éste. Respecto del primer caso, los datos del programa para 2014 y 2015 muestran que entre un 16% y 17% de los beneficiarios estarían en la categoría 'no vulnerable' de SINAE, mientras que para el 24% no se tiene información.¹⁶ Por otra parte, alrededor del 70% de la matrícula básica de los establecimientos subvencionados se encuentra en alguna de las tres prioridades SINAE, por lo que la población beneficiaria no sería muy distinta de la población total. Para el segundo caso se encuentra que solo el 8,7% de los alumnos caracterizados como vulnerables (1ª, 2ª y 3ª prioridad SINAE) estarían incluidos en el programa.

Calidad:

La calidad es evaluada por el programa mediante auditorías y encuestas. Las auditorías son tanto indirectas (revisión de fichas clínicas) como directas (examen clínico). Se establece como criterio de cumplimiento un porcentaje de error menor a 5% en ambos casos. Los resultados de cada indicador auditado son acompañados de un plan de mejoramiento asociado a los hallazgos.

Las encuestas son realizadas a apoderados, profesores y alumnos. Los niveles de satisfacción obtenidos superan el 90% en casi todos los casos.

En definitiva, se constata la existencia de un sistema de monitoreo y seguimiento de la calidad, lo que es bien evaluado por este panel.

▪ Economía

El presupuesto promedio del programa, de M\$10.569.234, (2013-2017), conforma el 1% del presupuesto institucional de JUNAEB, cuya fuente de ingreso del presupuesto del programa proviene del aporte fiscal desde JUNAEB, y desde las Municipalidades/Corporaciones (aporte de administración).

El presupuesto total del programa año 2013, ascendió a un monto M\$9.915.790 (miles \$2017). Este presupuesto aumento en los siguientes años, con M\$9.821.592 del 2014, M\$11.054.797 del 2015, M\$11.036.603 del 2016, y finalmente el presupuesto año 2017, con un monto de M\$11.017.388, que comparado al presupuesto 2013, se presenta un aumento del 11%.

¹⁶ De acuerdo al Programa, corresponden a estudiantes que han asistido a establecimientos en los que no se levantó la información por encuesta JUNAEB.

El mayor presupuesto está destinado a transferencias en materia de inversión, esto incluye toda la prestación de servicios a los usuarios.

En cuanto a la ejecución presupuestaria, el porcentaje de gastos durante los cuatro años asciende a un 94% respecto del presupuesto total del año.

El nivel de ejecución del presupuesto promedio a nivel de devengación de gasto asciende a un 94%, para los años 2013-2016, cuyo mayor saldo de presupuesto se ha concentrado en las transferencias.

Por otro lado, considerando el aporte de JUNAEB y Municipalidades/Corporaciones, los costos de inversión se han mantenido en un 73%, y los gastos de administración, incluyendo el aporte comunal, ascienden a un 26% de los gastos.

De estos gastos, en términos porcentuales, el costo de recursos humanos de JUNAEB, para materia administrativa, de seguimiento y capacitación, su porcentaje del gasto se ha mantenido en un 6%, cifra razonable respecto de la magnitud de la inversión y la acción a realizar en las regiones.

Respecto del gasto administrativo, el Programa de Salud Oral cuenta con equipo de profesionales en todas las regiones, y dispone de Coordinadores Regionales, equivalente a 24 profesionales, respecto del cual 12 de ellos están contemplados solo a media jornada.

Por su parte, el aporte de terceros (Municipalidad/Corporación), constituye el 20% restante del gasto administrativo. Existen en todo Chile convenios de colaboración entre JUNAEB y las unidades comunales, para efectos de comprometer los aportes financieros, definir la modalidad de pagos y definir las responsabilidades de ejecución del Programa. A pesar de que no existe un compromiso legal del aporte local, estas instituciones comunales realizan aportes administrativos y logísticos complementarios 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, que se basó en una muestra de cuatro municipalidades: Valparaíso, San Ramón, La Pintana y El Bosque, y tomando en cuenta la cantidad de unidades operativas comunales, se pudo estimar a nivel nacional un gasto de administración aproximado de M\$2.136.000, complementario al gasto de administración que realiza JUNAEB en forma centralizada.

Si bien no existen deudores y hay un mecanismo de rendiciones adecuadamente registrado y controlado, no se visualizan ahorros que se pudieran generar en el proceso de abastecimiento, vía economías de escala, puesto que las Municipalidades efectúan compras separadas de recursos JUNAEB respecto de los recursos del MINSAL.

Por último, respecto de los saldos de presupuesto que se pudieran generar en JUNAEB a nivel comunal, estos no están disponibles para el MINSAL y, por ende, no se generarían beneficios de flexibilidad de traspasos de recursos para responder a sobredemandas en territorio.

▪ **Eficiencia**

La información actualmente disponible se encuentra para el primer componente y para el período 2014 a 2016, la cual muestra lo siguiente.

Primer componente: “Estudiantes reciben atención odontológica integral a través del Modelo de Atención Integral”

Se observa un incremento en los costos de 11% real durante el período, originado en un crecimiento del 15% real en el gasto ante un incremento de sólo 3,3% en el número de beneficiados.

No obstante, la JUNAEB estima que el valor por beneficiario se encuentra entre \$35.865 para continuidad (8 prestaciones) y \$52.000 para el ingreso del estudiante al programa (9 prestaciones), por lo que el valor encontrado se halla dentro de los rangos esperados por dicha institución.

▪ **Desempeño Global**

El primer componente tiene relación con acciones de salud en el ámbito preventivo, promocional y curativo de grupos definidos de estudiantes y con criterios de focalización en población vulnerable. La justificación de un programa de este tipo está muy bien fundada y no presenta objeción alguna para el ámbito preventivo y promocional. Con todo, surgen dudas respecto de los criterios de focalización de vulnerabilidad aplicados a las escuelas, ya que éste al parecer, no necesariamente lleva a la focalización en los alumnos vulnerables. La gestión del programa es bien evaluada, se tiene un buen seguimiento y control, apoyado en un sistema informatizado ad hoc.

El panel considera que las actividades realizadas en promoción y prevención son todas atingentes y suficientes para el objetivo que tiene el programa; con respecto a las actividades que se realizan en el ámbito curativo, el panel concluye que no existen criterios comunes que lleven a acciones homogéneas frente al problema de las caries en edades tempranas, ya que las diferentes estrategias financiadas por el Estado tienen enfoques diferentes a este respecto. Se plantea la necesidad que se difundan protocolos y normativas en las técnicas y acciones que deben ser aplicadas para resolver las caries en edades tempranas, lo cual es de responsabilidad de la Autoridad Sanitaria. A partir de ello, todas las iniciativas que actúen sobre esta población en el ámbito curativo deberán seguir dicha normativa.

Los efectos que ha tenido este programa sobre la población que se ha beneficiado de él en el mediano y largo plazo no se conocen, ya que no hay estudios de impacto, aunque sí en el corto plazo a partir de los indicadores que entrega el programa.

En términos del diseño, el panel considera pertinente revisar algunos aspectos del ámbito curativo, entre los cuales destacan:

- Este es un programa orientado a resolver un problema de salud pública, que está siendo llevada a cabo por otro sector, el MINEDUC; se considera que ésta es una función que por ley le corresponde al sector salud, como ente rector y normativo y su ejecución a la red pública de salud dependiente de los Servicios de Salud y la red APS.

- Implica el financiamiento de infraestructura de alto costo, la cual a juicio del panel pudiera tener un uso más efectivo y eficiente si estuviera integrada y fuera parte de la red de salud. Ello a pesar del uso compartido que se da a los módulos dentales instalados por JUNAEB.
- En términos de eficiencia, aun cuando no ha sido posible hacer estudios comparativos, en términos teóricos, se pudieran estar desaprovechando economías de escala, economías de ámbito y curvas de aprendizaje, al estar a cargo de otro sector que no es salud.
- La superposición existente al menos en el diseño de los diferentes programas y componentes financiados por el Estado que cubren el segmento menor de 20 años, amerita una mirada de conjunto que defina poblaciones objetivo, acciones y coordinaciones que signifiquen mejores resultados y mayor impacto, así como un uso más eficiente de los recursos. El foco debiera a juicio del panel, centrarse en el logro de la continuidad de la atención para este grupo etario, con criterios de focalización que efectivamente garanticen la prioridad a los más vulnerables.

El **segundo componente**, relacionado con la fluoruración de la leche que entrega JUNAEB a través de su programa de alimentación PAE en aquellas zonas en que no existe acceso a agua potable fluorurada, se considera del todo justificado, responde a una necesidad concreta y las acciones realizadas son suficientes para cumplir con el objetivo para el cual fue creado.

El presupuesto del programa (aporte JUNAEB) ha tenido un crecimiento del 14% desde el año 2013 al 2017, con recursos de M\$7.225.642, y M\$8.240.855 (miles de \$ 2017), respectivamente. El presupuesto 2017 del programa forma parte de un 1% del presupuesto institucional de JUNAEB.

El nivel de ejecución del presupuesto promedio a nivel de devengación de gasto asciende a un 95,65%, para los años 2013-2016, cuyo mayor saldo de presupuesto se ha concentrado en las transferencias.

Los gastos entre 2013-2016 (recursos JUNAEB) han sido principalmente recursos de inversión directa en los usuarios con más de 93% de gastos en producción, y entre 6% de gastos de recursos humanos y un 1% en gastos de bienes y servicios. Por otro lado, si se toman los aportes de gasto operacional de las Municipalidades/Corporaciones (M\$2.136.000, Miles 2017), el gasto de inversión baja a 73% y el gasto de administración sube a 26% del presupuesto al 2016.

Por otra parte, si bien el costo real en el período para el componente 1 ha crecido en un 11% real entre 2014 y 2016, este se encuentra dentro de los rangos esperados por JUNAEB.

3. Principales Recomendaciones


- Realizar una evaluación de impacto del programa con metodología validada y línea base bien definida, ya que según señala la contraparte, JUNAEB contaría con los datos necesarios para realizarla.
- Evaluar en mayor detalle la aplicación y resultados de los mecanismos de focalización que tiene el programa en su primer componente.
- Definir cuantitativamente y con mayor precisión las poblaciones potenciales y objetivo del primer componente para una mejor estimación de coberturas.
- Revisar las tareas de control y monitoreo que se pudieran duplicar en las comunas, respecto de los profesionales que se aportan con recursos de las Municipalidades/Corporaciones, en relación al personal financiado por JUNAEB.
- Evaluar el traspaso de los restantes módulos dentales al sector salud para su mejor utilización, previo levantamiento y sistematización de la utilización de esta infraestructura por otros programas orientados a la atención curativa de la población.
- Diseñar los mecanismos que faciliten la continuidad de la atención de la población beneficiada con el primer componente, particularmente en el ámbito curativo.

Varias de estas recomendaciones han sido recogidas por la contraparte según se ha podido evidenciar.

Se considera que un análisis global de las políticas y estrategias en salud bucal que lleva a cabo el Estado son de responsabilidad del MINSAL como Autoridad Sanitaria, en las cuales se debe incluir el presente programa. Este análisis debiera considerar la alternativa de unificar algunas de estas estrategias, con criterios normados en la definición de las acciones a desarrollar, especialmente en el tratamiento de las caries en edades tempranas y con el objetivo central de tener una población menor de 20 años bajo control a través del tiempo. De igual forma, velar para que las nuevas inversiones que se realicen en la infraestructura requerida para la atención odontológica tengan su máxima utilización, garantizando una adecuada relación costo eficiencia.

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

AGOSTO 2017

 <p>GOBIERNO DE CHILE JUNAEB DIRECCION NACIONAL</p>	REGISTRO:	Nº 1198
	OFICIO	SANTIAGO, 29 de agosto de 2017
		MAT/ REF: Respuesta de informe final de Evaluación de Programas Gubernamentales, Programa de Salud Oral JUNAEB. Proceso 2016
		Página: 1 de 1
	ANT.:	

**A: ADRIANA DELPIANO PUELMA
MINISTRA DE EDUCACIÓN**

**DE: JAIME TOHA LAVANDEROS
DIRECTOR NACIONAL (S)
JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS**

Estimada Ministra

Durante el primer semestre del 2017, el Programa de Salud Oral de JUNAEB fue objeto de evaluación por parte de la Dirección de Presupuestos. Cabe señalar que dicho programa fue creado el año 1991, actualmente tiene cobertura en 2.895 establecimientos del país y tiene como objetivo crear hábitos de higiene bucal a través de un componente educativo que incluye acciones de promoción, prevención y tratamiento en niños, niñas y jóvenes de nuestro país, lo cual facilita la incorporación, permanencia y éxito de ellos (as) en el sistema educacional, siendo un aporte más que hace JUNAEB en el proceso de acompañamiento de las trayectorias educacionales de millones de niños, niñas y jóvenes.

Alguna de las características de este programa son las siguientes:

1. **Presencia territorial** a través de los módulos dentales que se encuentran dispuestos en dependencias municipales de educación, en los propios establecimientos, clínicas móviles y módulos privados (2 consultas), y establecimiento en red pública de salud, lo que nos da un total de 288 módulos a nivel país.
2. **Modelo de Atención Integral**, que se compone del módulo preventivo, promocional educativo y curativo; que se traducen en sesiones educativas incorporadas en el curriculum escolar, las que van acorde con el grupo etario a tratar. Existe un proceso de vigilancia durante el trayecto educacional, que asegura la continuidad y finalización del tratamiento, el que se encuentra rutificado.
3. **Alcance de la atención:** Este Programa atiende a niños y niñas desde parvulario hasta octavo año básico, sin discriminar si cuenta o no con previsión, y/o el tipo privada o pública. Incluye a migrantes.

En ése marco, quisiera señalar nuestra preocupación por el proceso que se llevó a cabo, ya que a nuestro juicio, no se tomaron en consideración todos los antecedentes que JUNAEB puso a disposición del panel de expertos y los cuales justifican plenamente la existencia del Programa y su localización en el sector educacional, particularmente en nuestra Institución.

Hasta la fecha, no hemos tenido conocimiento de la existencia o no de trabajo de campo en el marco del estudio, que permita comprobar en terreno las conclusiones señaladas por el Panel de expertos en cuanto a la tasa de uso de nuestros módulos dentales, entre otras.

En el informe se señala de una posible superposición de intervenciones con MINSAL, desconociendo la coordinación permanente de JUNAEB con dicho Ministerio, la cual tiene como objetivo maximizar la acción del Estado en la vida estudiantil de miles de niños, niñas y jóvenes.

Se desconoce que JUNAEB tiene capacidades instaladas que facilitan el acceso de miles de estudiantes a las medidas de promoción, prevención y tratamiento de salud oral.

No se valora el trabajo que hemos realizado con nuestra red colaboradora, especialmente con los municipios, quienes valoran positivamente la presencia de JUNAEB, en sus territorios.

Adjuntamos documento con la postura institucional que tenemos ante el informe, con el fin de contribuir e insumar la elaboración de la respuesta Ministerial, la cual deberá ser enviada a DIPRES. Junto con lo anterior, reitero nuestro compromiso para liderar y ejecutar el Programa de Salud Oral en los establecimientos educacionales de nuestro país, ya que estamos convencidos que su existencia en JUNAEB es un aporte a la permanencia en el sistema estudiantil de miles de niños, niñas y jóvenes.

Finalmente, solicitamos a usted, pueda disponer las medidas que estime pertinente para representar nuestra posición ante las instancias que correspondan, de manera de garantizar la continuidad de este Programa en JUNAEB, ya que es parte de la esencia, misión y sentido que tiene nuestra organización.


Jaime Toha
JAIME TOHA LAVANDEROS
DIRECTOR NACIONAL (S)
JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS



Gabinete Dirección
Of. Partes

RESPUESTA INSTITUCIONAL:
AL INFORME DE EVALUACIÓN AL PROGRAMA DE SALUD ORAL JUNAEB

Durante el primer semestre del presente año, fue informada a la Junta Nacional de auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), que el Programa de Salud Oral, había sido seleccionado para ser evaluado en el marco de las Evaluaciones de Programas Gubernamentales 2017 (EPG) por parte DIPRES; cuyos resultados (Informe Final de Evaluación del Programa de Salud Oral) fueron informados en el mes de Agosto.

Cabe señalar que dicho programa tiene como objetivo crear hábitos de higiene bucal a través de un componente educativo que incluye acciones de promoción, prevención y tratamiento en niños, niñas y jóvenes de nuestro país, lo cual facilita la incorporación, permanencia y éxito de ellos (as) en el sistema educacional. El programa, fue creado en el año 1991 y actualmente tiene cobertura de 2.895 establecimientos del país, siendo uno de los programas claves para dar cumplimiento a la misión de nuestra institución.

El citado informe fue elaborado por el Panel de Expertos contratado por la Dirección de Presupuestos (DIPRES), en el marco de la Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG) 2017. En este contexto nos parece importante como institución, hacer ver nuestras discrepancias en relación a las conclusiones y recomendaciones señaladas en dicho documento. A continuación se describen:

I. POSTURA INSTITUCIONAL FRENTE CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL Y RECOMENDACIONES

1.1 SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL;

EN CUANTO AL DISEÑO:

- a. El panel declara: *"Este es un programa orientado a resolver un problema de salud pública, que está siendo llevada a cabo por otro sector, el MINEDUC; se considera que ésta es una función que por ley le corresponde al sector salud, como ente rector y normativo y su ejecución a la red pública de salud dependiente de los Servicios de Salud y la red APS".* (Página 30, Informe Final)

Respuesta institucional:

Lo primero que debemos señalar es que el Programa de Salud Oral, es un programa de acompañamiento del estudiante, durante su proceso educativo, que busca garantizar una adecuada salud bucal con el fin de asegurar su permanencia en el sistema educativo, evitar ausentismos y deserción escolar. Su acción se centra fundamentalmente en el área preventiva y educativa.

Lo segundo que debemos señalar es que JUNAEB, al estar presente en todos los establecimientos educacionales del país, permite tener acceso a miles de estudiantes, lo cual genera que el Programa de Salud Oral, se convierta en una potente herramienta del Estado de Chile, para entregar educación, prevención, tratamiento y vigilancia de aspectos relacionados con la salud bucal.



Lo tercero que debemos señalar es que JUNAEB, al estar en el sector educacional, permite que el Programa de Salud Oral tenga acceso a convenios con Universidades del Estado, lo cual fortalece la transferencia de capacidades técnicas y conocimientos a la comunidad Escolar.

Lo cuarto que debemos señalar es que JUNAEB, respeta toda la normativa dictada por los organismos técnicos pertinentes, entre ellos el MINSAL, tenemos una coordinación permanente y el programa es ejecutado por profesionales especialistas en la materia. Lo anterior se acredita en toda la documentación remitida al Panel, donde se da cuenta que el Programa de Salud se ajusta a la rectoría entregada por MINSAL. A su vez el Ministerio de Salud reconoce explícitamente la complementariedad en documentación oficial enviada a sus redes territoriales, presentada y puesta a disposición del panel con oportunidad y que no fue considerada en los informes de evaluación.

JUNAEB promueve, mantiene y facilita una función de colaboración y coordinación permanente entre el sector de Educación hacia el sector de Salud y viceversa, a lo largo de los 25 años de implementación del programa, lo que permite optimizar los recursos del Estado e impactar en la calidad de vida de los estudiantes y sus familias a lo largo del territorio nacional, generando sinergias integradas de Política Pública, en este caso, en el ámbito de la salud oral de los estudiantes.

JUNAEB cree inconveniente mantener esta conclusión, ya que el Programa de Salud Oral es un pilar más de la acción que ejecuta nuestra institución a lo largo de todo el país. Trasladar este Programa al sector Salud significaría:

- a. Disminución de cobertura en los establecimientos educacionales en el área preventiva
- b. Se debilitaría la red de apoyo creada entre universidades, municipios, comunidad escolar, MINSAL y JUNAEB.
- c. Los municipios han presentado una alta demanda por incorporarse a este Programa, ya que valoran positivamente su ejecución en el territorio, particularmente desde el ámbito educacional.
- d. Se desecharían capacidades institucionales instaladas que han permitido que este programa se ejecute exitosamente.
- e. Se perdería la capacidad logística y operativa de JUNAEB para distribuir y mantener material educativo en los establecimientos educacionales del país, al igual que los espacios educativos que los establecimientos han destinado para JUNAEB.

En conclusión, renovamos el compromiso y energía de nuestra institución para seguir liderando el Programa de Salud Oral, que tanto beneficio ha traído a miles de estudiantes en nuestro país.



- b. El panel declara : *“La superposición existente al menos en el diseño de los diferentes programas y componentes financiados por el Estado que cubren el segmento menor de 20 años de edad, amerita una mirada de conjunto que defina poblaciones objetivo, acciones y coordinaciones que signifiquen mejores resultados y mayor impacto, así como un uso más eficiente de los recursos. El foco debiera a juicio del panel, centrarse en el logro de la continuidad de la atención para este grupo etario, con criterios de focalización que efectivamente garanticen la prioridad a los más vulnerables.”* (Página 30, Informe Final)

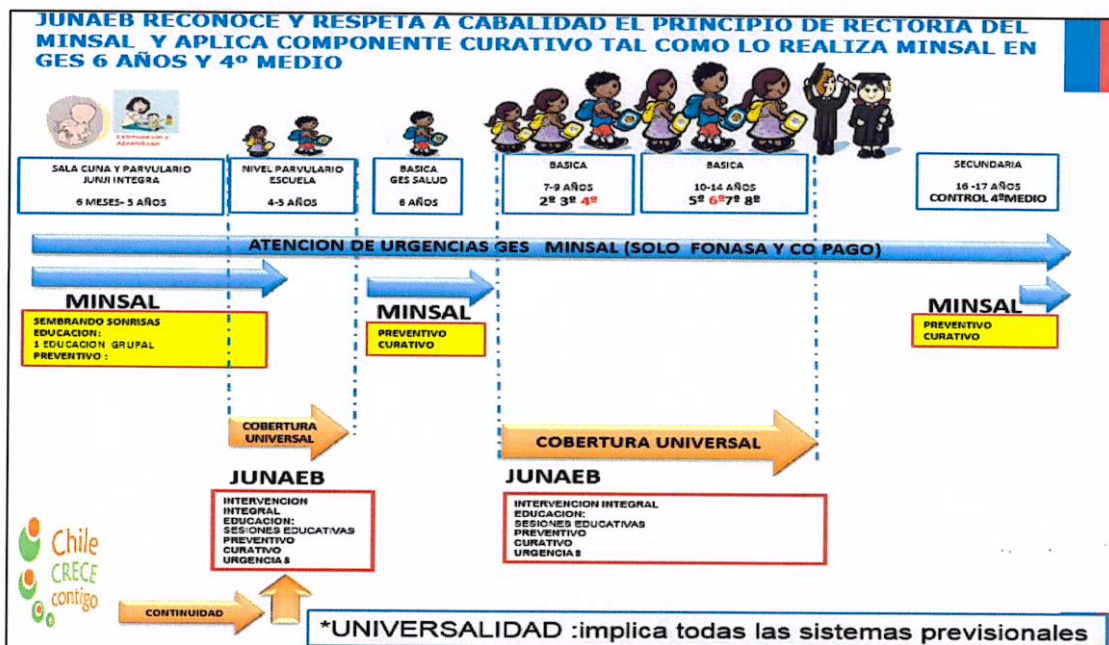
Respuesta institucional:

Se entregó al Panel de Expertos, toda la evidencia que demuestra la complementariedad y coordinación de nuestros Programas con el MINSAL. A continuación se aclaran algunos aspectos por ámbito de acción:

- **Programa de escolares de 4º medio:** JUNAEB no atiende dicha población, y circunscribe su acción al ciclo educación básica.
- **GES 6 Años:** JUNAEB, en acuerdo y coordinación con MINSAL, no atiende a estudiantes de 6 años por ser cubiertos por GES, evitando y controlando la superposición de Programas. Cabe destacar, que JUNAEB cuenta con un sistema rutificado que detecta al niño/a de 6 años y que impide la incorporación de niños y niñas de ese grupo etario.
- **Sembrando Sonrisas:** Existe complementariedad, dado que la vulnerabilidad de los niños (as) atendidos, justifica la existencia de más de una intervención. Lo anterior, se acredita en lo las orientaciones técnicas del Programa Sembrando Sonrisas MINSAL, que señala **“Aquellos párvulos de establecimientos cubiertos por JUNAEB, no deben excluirse de programa Sembrando Sonrisas. Dada la priorización de vulnerabilidad realizada por JUNAEB, la indicación es que reciban más de dos aplicaciones de flúor barniz”**. Orientaciones técnicas del Programa Sembrando Sonrisas (página 10).
- **Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) Atención de Urgencia ambulatoria:** Existe complementariedad, dado que atiende urgencias que no atiende JUNAEB.
- **Los Programas restantes** no cubren toda la población, solo atienden a FONASA y el modelo de atención es distinto en cantidad de tiempo destinado a la atención de los usuarios.



En conclusión, la superposición no existe, ni hay duplicidad en prestaciones, lo cual queda graficado claramente en el siguiente esquema:



1.2 RESPECTO AL LUGAR ATENCIÓN

El panel declara: "El brindar la atención de salud en establecimientos creados para estos efectos tiene una lógica sanitaria y también de eficiencia en el uso de los recursos. Ello permite concentrar infraestructura y equipamiento de alto costo y proyectar su beneficio a grupos poblacionales amplios, buscando altas tasas de uso." (Página 44, Informe Final)

Respuesta institucional:

Lo primero que se debe señalar es que todos los lugares que tiene JUNAEB para otorgar atenciones de salud oral, cumplen con la normativa sanitaria que permite su funcionamiento.

Lo segundo es que la capacidad logística de estar presente permanentemente en los establecimientos educacionales del país o en sus alrededores, permite facilitar rápidamente el acceso a más población, disminuir los tiempos de traslado de aquellos estudiantes que requieren atención y por ende acotar la posibilidad de ausencia de éstos de su ciclo escolar.

Lo tercero es que independiente de las coordinaciones permanentes que se realizan con MINSAL, se cree pertinente efectuar acciones que permitan aumentar la tasa de uso de nuestros espacios, con el fin de ampliar la población objetivo, por ejemplo efectuando convenios de colaboración con municipios, centros de salud pública, universidades, entre otros.

Lo cuarto tiene relación con el reconocimiento que hace MINSAL en los siguientes documentos técnicos donde demuestra que nuestra instalación territorial es una contribución a la intervención que realizan. Ejemplo: Respecto al lugar donde se realizan las atenciones odontológicas, el MINSAL para su componente de control de 4º Medio señala: "Otra estrategia del Programa es desarrollar

la atención dental en Carro Dental Móvil, con el fin de facilitar el acceso en localidades con dispersión geográfica de establecimientos de salud y educacionales y/o con déficit de infraestructura y equipamiento odontológico **“Una tercera estrategia es realizar atención en Unidades dentales instaladas al interior de Establecimientos Educativos.”** (Ficha MDS Programa de mejoramiento de acceso a la atención odontológica Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales).

La localización de los módulos dentales cercanos a los establecimientos educacionales o dentro de ellos, constituye una ventaja que ha permitido dar trazabilidad y asegurar asistencia y finalización de tratamientos a los y las estudiantes, condición valorada por el mismo panel que señala:

El diseño tiene la ventaja adicional de permitir su continuidad a través del año escolar y de cubrir el ciclo completo hasta 8º básico. Responde además a la visión de intersectorialidad que han de tener las políticas de prevención y promoción en salud. El tercer aspecto curativo, complementa un ciclo orientado a mantener al grupo poblacional objetivo con una dentadura sana, considerando que, a pesar de las medidas preventivas, la probabilidad de tener caries persiste y debe ser oportunamente tratada; con todo, las actividades preventivas hacen que el daño posterior sea menor.”(Página 42, Informe Final)

La conclusión antes mencionada, viene a confirmar que el Programa de Salud oral cumple con su propósito y viene a ratificar el adecuado diseño de la política pública que instaló este Programa en JUNAEB

1.3 RESPECTO A RECTORIA DE MINSAL Y ACCIONES CURATIVAS EN DENTICIÓN TEMPORAL

El panel declara: *“Así, la primera pregunta que surge es por qué el MINEDUC asume funciones que son propias de otro sector, como son las actividades curativas en salud, incluyendo no sólo la gestión de sus actividades, sino también su diseño, es decir, la decisión de qué hacer y a quién hacerlo. Y en tal sentido, las observaciones del panel llevan a sugerir que pudiera haber discrepancias entre el MINSAL y JUNAEB respecto de algunas de las actividades curativas que se realizan en la dentición transitoria de la población infantil. Los elementos que ha recogido el panel, tanto a partir de la revisión de literatura como en conversación con los técnicos del MINSAL, es que no existe acuerdo en este proceder en la comunidad científica internacional que se dedica a esta temática.”* (Página 43, Informe Final)

Respuesta institucional:

El Programa de Salud Oral de JUNAEB, entrega desde un inicio, evidencia y documentación que da cuenta que respeta y se ajusta a principio y función de rectoría del MINSAL, insuma y participa activamente de las Metas de Salud Bucal y en las mesas intersectoriales donde se van actualizando políticas y acciones destinadas a toda la población en materias de salud bucal.

Además, se preocupa de establecer y regir el programa a través de sus Manuales y Normas aprobadas con resolución y decretos que regulan el Programa de Salud Oral, los que se ajustan a normativa del MINSAL vigente.

El mismo informe final del panel, da cuenta de evidencia, que demuestra cómo influyen los problemas de salud bucal en la edad escolar, afectando e incidiendo en la escolaridad y continuidad de estudios. De allí la importancia de poder resolver de manera temprana y oportuna dichos problemáticas.



Respecto al tratamiento de la dentición temporal, tal como fue expuesto y fundamentado con documentación y evidencia científica en esa materia, no existe discrepancia en las orientaciones y procedimientos entre JUNAEB y MINSAL, ya que existen distintos tipos de tratamientos, que van del menos a más invasivo, no señala que no se tengan que tratar dicha dentición.

2. SOBRE RECOMENDACIONES:

2.1 EVALUACIÓN DE IMPACTO:

El panel declara: *“Realizar una evaluación de impacto del programa con metodología validada y línea base bien definida, ya que según señala la contraparte, JUNAEB contaría con los datos necesarios para realizarla.”*(Recomendación Página 31, Informe Final)

Respuesta Institucional:

Se comparte esta recomendación. No obstante, es importante señalar que se podrá ejecutar la iniciativa de evaluación una vez que se cuente con una cohorte completa y adecuada, y con los recursos presupuestarios asignados por DIPRES.

2.2 FOCALIZACIÓN Y POBLACIÓN POTENCIAL

El panel declara: *“Evaluar en mayor detalle la aplicación y resultados de los mecanismos de focalización que tiene el programa en su primer componente...Definir cuantitativamente y con mayor precisión las poblaciones potenciales y objetivo del primer componente para una mejor estimación de coberturas”* (Página 31, Informe Final)

Respuesta Institucional:

Se comparte esta recomendación. Se informa que JUNAEB está en un proceso de revisión de los modelos de focalización que utiliza, con el fin de definir poblaciones objetivos que permitan maximizar el impacto del programa en la población estudiantil más vulnerable, permitiendo el uso más eficiente y eficaz de los recursos públicos.

2.3 USO, OPTIMIZACIÓN Y TRASPASO INFRAESTRUCTURA:

El panel declara: *“Evaluar el traspaso de los restantes módulos dentales al sector salud para su mejor utilización, previo levantamiento y sistematización de la utilización de esta infraestructura por otros programas orientados a la atención curativa de la población”.*(Página 31, Informe Final).

Respuesta Institucional:

JUNAEB envió detalle del uso y optimización de la infraestructura de módulos dentales, entregando dato con el detalle de 246 módulos que corresponden al 85% del total de los módulos en convenio, especificando la cantidad de horas utilizadas por JUNAEB y cantidad de horas utilizadas por otros programas de Salud, con quien se implementan acciones de coordinación territorial para optimizar la infraestructura que el Estado posee en los ámbitos locales. El resultado nos señala que un 64% de los módulos, atiende otras poblaciones en otra jornada o extensión horaria, de ellos un 9,3% de módulos que tienen jornada completa (44 horas), realizan estas acciones en extensión horaria atendiendo a otras poblaciones y grupos étnicos.



JUNAEB, firma un convenio con los Municipios, donde queda explicitado claramente que podrán utilizar estas dependencias para otros programas, cautelando la ejecución de las coberturas acordadas en el mismo. Los principales programas de salud que utilizan la infraestructura que pone a disposición JUNAEB son: GES 60 años, Ges 6 años, Programa de Prótesis, Más sonrisas para Chile y Programa de mejoramiento de acceso a la atención odontológica (Control 4º Medio).

En conclusión, no compartimos este punto debido a que los módulos presentan un adecuado uso, ya que se encuentran disponibles para atender a otra población objetivo vía convenios con municipios y otras instituciones, no obstante que permanentemente se está visualizando nuevas formas maximizar usabilidad.

2. 4 ASEGURAMIENTO DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

El panel declara: *"Diseñar los mecanismos que faciliten la continuidad de la atención de la población beneficiada con el primer componente, particularmente en el ámbito curativo."*(Página 31, Informe Final)

Respuesta Institucional:

Se comparte esta recomendación, dado que fortalece y permite avanzar en la formalización y visibilizarían de este ámbito, en el diseño del Programa. Específicamente, JUNAEB cuenta con acciones de derivación y coordinación con RED APS a fin de asegurar continuidad de control, se entregó evidencia y documentación respectiva al panel.

