

**INFORME FINAL DE EVALUACIÓN  
EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES  
(EPG)**

**PROGRAMA MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN  
ODONTOLÓGICA**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES**

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

**ENERO - JULIO 2017**

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA .....</b>	<b>4</b>
I.1. Descripción general del programa.....	4
I.1.2 Antecedentes y Objetivos.....	4
I.1.3 Componentes.....	5
I.1.4 Contexto de política .....	8
I.2. Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo .....	9
I.3. Antecedentes presupuestarios .....	11
<b>II. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA .....</b>	<b>12</b>
II.1. Justificación del programa.....	12
II.2. Eficacia y Calidad.....	17
II.2.1 Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales (evaluación del cumplimiento de objetivos de propósito y fin).....	17
II.2.2 Eficacia a nivel de Componentes (producción de bienes o servicios).....	17
II.2.3 Cobertura y focalización del programa (por componentes en los casos que corresponda) .....	20
II.2.4 Calidad (satisfacción de los beneficiarios efectivos, oportunidad, comparación respecto a un estándar).....	22
II.3. Economía.....	22
II.3.1 Fuentes y uso de recursos financieros .....	22
II.3.2 Ejecución Presupuestaria del Programa .....	23
II.3.3 Aportes de Terceros (Ver Evaluación Ex-post: Conceptos y Metodologías, III.3 y Anexo II <sup>9</sup> ) .....	25
II.3.4 Recuperación de Gastos (Ver Evaluación Ex-post: Conceptos y Metodologías, Anexo II <sup>9</sup> ) .....	25
II.4. Eficiencia.....	25
II.4.1 A nivel de actividades y/o componentes.....	25
II.4.2 Gastos de Administración .....	30
<b>III. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>31</b>
III.1. Conclusiones sobre el desempeño global .....	31
III.2. RECOMENDACIONES .....	33
<b>IV. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>35</b>
<b>V. ENTREVISTAS REALIZADAS .....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>38</b>
Anexo 2(a): Matriz de Evaluación del Programa .....	39
Anexo 2(b): Medición de indicadores Matriz de Evaluación del programa, período 2013-2016.....	42
Anexo 2(c): Análisis de diseño del programa .....	46
A. Relaciones de causalidad de los objetivos del programa (Lógica Vertical).....	46
B. Sistema de indicadores del programa (Lógica Horizontal).....	48
Anexo 3: Procesos de Producción, Organización y Gestión del Programa .....	49
A. Procesos de Producción .....	49
B. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación: .....	51

C.	Criterios de asignación de recursos, mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago.....	55
D.	Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable .....	56
Anexo 4: Análisis de Género del Programa .....		59
Anexo 5: Ficha de presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos.....		61

## I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

### I.1. Descripción general del programa

La presente evaluación tiene como propósito abordar tres de los “Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) que desarrolla en Ministerio de Salud (MINSAL) en el área de la salud bucal: Sembrando Sonrisas (Res. Exenta 1170 Dic 2015), Programa Odontológico Integral (Res. Exenta 1254 Dic 2016) y Mejoramiento del Acceso (Res. Exenta 590 mayo 2016).

DIPRES, en conjunto con el Panel, ha considerado una modificación a la propuesta original del MINSAL de forma de agrupar estos programas, incorporando en cada uno de ellos, aquellos componentes que se relacionan entre sí en cuanto a fin y propósito y que, por otro lado, sean consistentes con la lógica sanitaria que está involucrada en cada uno de ellos.

De esta forma, la evaluación se reestructuró de manera tal que se mantienen tres programas sujetos a evaluaciones independientes, con los componentes que a cada uno corresponden según los criterios arriba señalados. El resultado de esta reformulación se muestra en la siguiente tabla.

**Cuadro N° 1: Reformulación de Programas y Componentes a Evaluar MINSAL**

Propuesta original MINSAL		Reformulación para Evaluación MINSAL	
Programa	Componentes	Programa	Componentes
Sembrando Sonrisas	Fomentar autocuidado en salud bucal	Sembrando Sonrisas	Fomentar autocuidado en salud bucal
	Diagnóstico de Salud Bucal		Diagnóstico de Salud Bucal
	Prevención individual		Prevención individual
Odontológico Integral	Resolución Especialidades APS	Mejoramiento del Acceso	Resolución Especialidades APS
	Acercamiento atención odontológica		Acercamiento atención odontológica
	Actividad dental en CECOSF		Actividad dental en CECOSF
	Más Sonrisas para Chile		Extensión horaria en APS
Mejoramiento del Acceso	Extensión horaria en APS	Más Sonrisas para Chile	At. Integral de adolescentes
	At. Integral de adolescentes		Programa dirigido a mujeres vulnerables

Fuente: elaboración propia en base a información entregada por MINSAL

El presente informe trata del “Programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica”.

#### I.1.2 Antecedentes y Objetivos

Estos componentes constituyen parte de las estrategias denominadas “Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria” (PRAPS), cuya principal diferencia respecto de las demás actividades realizadas en la Atención Primaria de Salud (APS), es que su gestión se realiza desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA) del MINSAL y el financiamiento se obtiene a través de glosas presupuestarias especiales, que no están bajo la lógica ni son parte del per cápita, que es el mecanismo de financiamiento de los programas que se llevan a cabo en la APS. Además, los presupuestos de los PRAPS no son gestionadas por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) sino por la SRA; FONASA sólo efectúa las transferencias de los recursos, según le indique la SRA. Este financiamiento puede incluir, según sea la necesidad de cada agente ejecutor, la contratación de odontólogos y personal de apoyo, la compra de insumos, materiales e instrumental y la elaboración y distribución de material educativo y otro tipo de documentos.

Los PRAPS en salud bucal tienen cobertura en todo el territorio nacional y se explican por la necesidad de incrementar la oferta en el área odontológica y así reducir las listas de espera. Por su parte, la asignación

de recursos vía PRAPS permite una mayor garantía de que los recursos financieros son efectivamente utilizados para los fines que fueran creados.

El objetivo a nivel de fin es “Contribuir al desarrollo del Plan de Salud Oral centrado en grupos vulnerables” y a nivel de propósito “Disminuir la demanda insatisfecha en la atención odontológica de grupos más vulnerables a través de estrategias de reforzamiento de la APS.”

Estos componentes pudieran superponerse con las Garantías Explícitas en Salud (GES) actualmente vigentes y que se han ido instaurando a partir del año 2007, que son “Salud Oral 60 años” en cuanto prestaciones entregadas en el componente Extensión Horaria, ambas se llevan a cabo en la APS. “Salud Oral de la Embarazada”: esta atención está contemplada en todos los componentes, ya que ninguno de los evaluados hace exclusión, sea que se realicen en la APS, en escuelas, móviles dentales o en los CECOSF. “Control odontológico niños de 6 años” está contemplado este rango de edad en el componente que brinda atención en los CECOSF.

En todos los casos en que un paciente pudiera atenderse por algún programa que se superpone al GES, prevalece la garantía GES y el paciente es atendido a través de ese mecanismo. De este modo, el paciente es referido al centro asistencial que realiza la prestación GES y esta atención se contabiliza como GES; en tal sentido, se privilegia siempre la incorporación a programa GES.

### **I.1.3 Componentes**

El Programa tiene cinco componentes, los que se ejecutan en distintos dispositivos de la red APS según se señala a continuación. Para estos efectos la SRA establece a través de los Servicios de Salud (SS) convenios con las municipalidades para su realización, los que principalmente definen producción y transferencias o pago, sin especificar en forma explícita los criterios de calidad que deben cumplir dichas actividades. Estos criterios son entregados desde la SRA a los municipios a través de las normas técnicas que aplican en la ejecución de cada uno de los componentes.

#### **Primer componente: “Resolución de Especialidades Odontológicas en APS”**

Se trata de aumentar la capacidad resolutoria de APS en las especialidades de endodoncia y prótesis removible para la población mayor de 20 años, con el objeto de resolver problemas a pacientes que están en listas de espera, evitando la pérdida de piezas dentarias a través del tratamiento oportuno de endodoncia. La endodoncia, que es realizada por odontólogos generales, se circunscribe a dientes anteriores y premolares con indicación de tratamiento de endodoncia<sup>1</sup>. Si en el nivel primario no se puede realizar el tratamiento en todas las piezas, el paciente es derivado al nivel secundario. En APS se cuenta con apoyo diagnóstico radiológico y se realizan a lo menos 3 radiografías por tratamiento. Finalmente, si el paciente lo requiere, se agrega la rehabilitación que implica la colocación de una prótesis removible sea superior o inferior, la cual puede ser acrílica o metálica. El horario de atención de este componente es el habitual diurno.

Se entrega así a este nivel de atención una mayor capacidad resolutoria, como una forma de aumentar la oferta en dos especialidades de alta demanda con importantes listas de espera.<sup>2</sup> Si bien el disminuir las listas de espera se plantea como objetivo, el programa no cuantifica la magnitud en la cual se reduce dicha lista por efecto de este componente.

El sentido de aumentar la capacidad resolutoria de la APS, que de alguna forma implica otorgar prestaciones de mayor complejidad, es una estrategia aplicada en otras áreas de la atención en salud

---

<sup>1</sup> La endodoncia en otro tipo de piezas es de mayor complejidad y se trata mayoritariamente en el nivel secundario por odontólogo especialista.

<sup>2</sup> Orientación técnica Programa Odontológico Integral MINSAL 2016. A Junio del 2016 se registran 394.659 pacientes en Lista de Espera para atención odontológica de especialidades, de las cuales el 23% son de prótesis y el 18% de endodoncia. Esta corresponden a la información más actualizada de que dispone el panel.

también, y tiene su fundamento en que la APS es la red que más cercana está a la población y, por tanto, facilitaría el acceso a este tipo de prestaciones, las cuales se incorporan como parte de la cartera de servicios, en este caso, en los horarios habituales de atención.

El programa original estaba orientado a resolver la patología de la población beneficiaria del Programa Chile Solidario y se inició en el año 1999. El programa actual existe desde el 2011 y se lleva a cabo en todos los consultorios de la APS, ya que todos cuentan con sillón dental. Los recursos financieros se distribuyen con relación a la población inscrita y validada por FONASA<sup>3</sup>.

La normativa que rige este componente establece que el paciente debe, previo a la rehabilitación con prótesis, tener un alta de APS que incluya instrucción de higiene oral, ausencia de enfermedad periodontal activa y ausencia de caries. Toda esta actividad se realiza en la APS como parte de las prestaciones habituales que incorpora el Plan de Salud Familiar que debe brindar la APS. Según lo señalado por la contraparte, este proceso previo se cumple, ya que es una condición técnica indispensable para poder colocar prótesis o tratamiento de endodoncia.

### **Segundo componente: “Acercamiento de la atención odontológica a poblaciones de difícil acceso”**

Se trata de facilitar el acceso a la atención odontológica a poblaciones alejadas de los centros de salud y de alta vulnerabilidad a través del uso de clínicas dentales móviles<sup>4</sup>. La estrategia de utilizar este tipo de dispositivos está vigente desde el año 2007 y no tiene restricciones en cuanto a edad del paciente o género.

Las actividades que se llevan a cabo en estos dispositivos son recuperativas, principalmente obturaciones y destartraje. Los lugares donde se destinan dependen del territorio de cada Servicio de Salud (SS) y por tanto son definidos por los 22 SS que disponen de móviles.

Según señala la contraparte ministerial, la gestión de estos móviles es muy heterogénea en cuanto a su uso e impacto, ya que existe una flota de 22 móviles en total, muchos de los cuales están fuera de uso por largos períodos por falta de mantención o problemas con el equipamiento, sin existir un seguimiento por parte de la DIVAP respecto de este punto. El único control que tiene respecto del adecuado uso de estos recursos y la forma en que se evalúa el programa es a través de la cantidad de actividades realizadas vs las horas disponibles de sillón dental móvil, considerando un rendimiento de dos pacientes por hora. Son los SS los que contratan el recurso humano necesario y definen el período de funcionamiento de estos móviles.

El programa mide las actividades por hora disponible en los móviles, pero no mide ni evalúa la actividad asistencial que se financia con este componente, incluso en los Registros Estadísticos Mensuales (REM) no hay definido un ítem para esta actividad. Tampoco hay un registro y revisión de los lugares o zonas a las cuales van estos móviles, la frecuencia de viajes y la población a la que asisten.

### **Tercer componente: “Promoción, prevención y recuperación de la salud bucal”**

Este componente busca aumentar la cobertura de actividades de prevención de daño y las altas odontológicas integrales<sup>5</sup> a través de su aplicación en CECOSF<sup>6</sup> a población menor de 20 años, en

<sup>3</sup> Proceso de validación que realiza FONASA respecto de aquellas personas inscritas que reporta cada comuna, en orden a descartar dobles registros u otro tipo de error. Esto resulta relevante ya que la asignación de recursos a la APS a través del per cápita, se hace respecto de la población inscrita y validada.

<sup>4</sup> Estos son vehículos especialmente adaptados para contener un sillón dental y el equipamiento que éste incorpora. La atención dental se realiza dentro del vehículo.

<sup>5</sup> Hace referencia a la resolución de toda la patología bucal que tienen el paciente al momento de consultar y que está disponible en la cartera de servicios de los CECOSF.

<sup>6</sup> Centro comunitario de Salud Familiar, establecimientos que entran en funciones en el año 2006 orientados a dar un abordaje integral a las necesidades de salud de la comunidad, familias y personas.

horario diurno; se instaura en el año 2011. Se trata de incorporar al equipo de salud bucal como parte de las estrategias de fomento y protección de la salud a nivel comunitario, anticipándose al daño a través del proceso educativo de la población, la prevención y curación. Esto último es posible de realizar sólo en aquellos casos en que el establecimiento cuente con sillón dental y equipo de rayos. Se realizan charlas de higiene bucal por parte de auxiliar dental en los centros de salud, quien coordina estas actividades con organizaciones comunales, jardines infantiles y escuelas; el odontólogo realiza aplicación de flúor barniz y de sellantes de ionómero de vidrio como medida preventiva en niños y niñas y menores de 20 años. Se realizan acciones curativas que incluyen destartraje y pulido coronario, obturaciones de amalgama, radiografías periapicales y exodoncias. Esta actividad de la APS beneficia a quienes están inscritos en cada uno de los CECOSF, y son atendidos en forma directa cuando consultan en forma espontánea o son derivados desde el mismo u otro establecimiento APS.

La incorporación de los CECOSF en la actividad odontológica señalada aumenta la oferta de la atención dental en horarios habituales y permitiría un contacto más cercano con la comunidad y sus necesidades. Cuando se instauró este modelo, se trataba de “tratamientos restauradores a-traumáticos” (TRA), donde no se requería sillón dental y se instalaba barniz fluorurado, se trabajaba con vidrios ionómeros y sin uso de turbina. Sin embargo, este modelo no fue posible de mantener<sup>7</sup>, por lo cual las municipalidades incorporaron sillones dentales de acuerdo con su disponibilidad financiera, los que actualmente están presentes en 139 de los 175 CECOSF en funciones y en la práctica esta atención dental funciona de igual forma como en los CESFAM, es decir, son atendidos por odontólogos de APS, se financian con el per cápita y realizan las mismas prestaciones, todas en horario diurno habitual. Estas incluyen la radiología dental. El elemento diferenciador es que, en este programa de reforzamiento, la actividad de promoción y prevención se insertan en las actividades comunitarias de fomento y protección de la salud bucal en el contexto de la salud familiar. Los 100 nuevos CECOSF que están proyectados como nueva infraestructura de la presente administración tienen todos contemplados sillones dentales con equipo de rayos dental, con lo cual se facilita el acceso y mejora la calidad y resolutivez de la atención en este nivel.

El programa se evalúa a través de dos indicadores que se relacionan con la actividad: cantidad de aplicaciones de flúor barniz en aquellos establecimientos sin sillón dental y altas odontológicas en aquellos que los tienen, ambos respecto de población asignada en cada CECOSF.

#### **Cuarto Componente: “Atención de morbilidad odontológica en extensión horaria”**

Este componente iniciado en el 2015<sup>8</sup> consiste en brindar atención dental más allá de la jornada diurna habitual<sup>9</sup>, con el objeto de facilitar el acceso a la atención odontológica a personas que trabajan. Está orientado a adultos mayores de 20 años y se realizan las siguientes prestaciones: destartraje y pulido coronario, obturaciones de amalgama, vidrio ionómero y/o composite y exodoncias, así, corresponde a un nivel de complejidad medio en el que además se resuelven problemas de higiene dental, caries, gingivitis y la extracción de piezas dentales que no son susceptibles de tratar. El componente se mide en número de atenciones odontológicas recuperativas realizadas por consultas, ambas en los consultorios de APS<sup>10</sup> de la totalidad de los SS, que son 29.

#### **Quinto componente: “Atención odontológica integral de los alumnos de 4º año medio”**

---

<sup>7</sup> La contraparte señala que la principal dificultad fue la baja satisfacción de los usuarios y la necesidad de ampliar la cartera de servicios odontológicos.

<sup>8</sup> Resolución Exenta N° 1.217 de diciembre del 2015

<sup>9</sup> La jornada habitual es hasta las 17 hrs. El Programa aumenta en 3 horas la atención de lunes a jueves y en 4 horas los días viernes y sábado. El rendimiento es de 2 atenciones por hora.

<sup>10</sup> La APS cuenta con 1.858 sillones dentales según el último catastro realizado en 2013 por la División de Atención Primaria del MINSAL y están en todos los CESAFM y Consultorios de APS.

Iniciado conjuntamente con el 4º componente, aquí la atención está orientada a adolescentes que cursan 3º y 4º medio<sup>11</sup> y se realiza después de la jornada escolar en los centros de salud donde el alumno es derivado, en centros privados y en dispositivos móviles al interior de los establecimientos educacionales durante la jornada escolar. Como producto final de este componente, se tienen las “altas odontológicas integrales”, para lo cual se requiere eventualmente más de una consulta, las cuales son realizadas por el mismo profesional, cubriendo la patología que se resuelve con las acciones que este programa contempla: examen de salud, destartraje y pulido coronario; obturaciones de amalgama, vidrio ionómero y/o composite; radiografías periapicales y exodoncias. Se mide a través de la cantidad de altas integrales en este grupo de alumnos.

#### **I.1.4 Contexto de política**

Este Programa se inserta en varias políticas sectoriales:

**Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020**<sup>12</sup> el Objetivo Estratégico N°5 señala: “Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud”. Uno de los subcomponentes de este objetivo es “Disminuir la gradiente de inequidad en salud relacionada con posición social”, que apunta principalmente a mejorar el acceso a prestaciones de salud, principalmente de poblaciones más vulnerables, aun cuando no hace alusión específica a la atención dental.

**Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria**, que de acuerdo con las “Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria”, se señala que: *“La integralidad de la atención, en una dimensión referida a los niveles de prevención, es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. En una dimensión de comprensión multidimensional de los problemas de las personas, implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano”*.<sup>13</sup> Este concepto de modelo no hace exclusiones en cuanto a tipo de especialidad o área de la salud, por el contrario, parte de una mirada inclusiva y comprehensiva de la salud.

**Compromiso Presidencial 2014:** En el Mensaje Presidencial del año 2014 se explicita la aplicación de los componentes 4 y 5<sup>14</sup>

**Programa de Gobierno 2014 – 2018** (Medida N°19) el cual 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”*<sup>15</sup>.

**Programa de Salud Familiar y Comunitario de la APS:** se trata de las actividades odontológicas que regularmente lleva a cabo la APS en su red de establecimientos y es financiada por el per cápita.

---

<sup>11</sup> La incorporación de 3º medio se decide en septiembre del 2016 a través de Resolución Exenta N° 982, ya que la oferta disponible era mayor que la asistencia de los alumnos de 4º medio exclusivamente, quienes resisten este tipo de atención y con frecuencia no asisten a todas las citas.

<sup>12</sup> <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

<sup>13</sup> Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Organización Panamericana de la Salud [2013]. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria

<sup>14</sup> Cita del discurso pg. 45 *“Al mismo tiempo, otro compromiso de campaña, vamos a avanzar en el programa de salud bucal para los jóvenes. Queremos que todo chiquillo que salga del 4º medio, sea de escuela municipal o subvención particular, pueda salir con un alta integral de su salud bucal. Y eso le va a dar, sin duda, más oportunidades para trabajar o para estudiar con la dignidad que se merece. Y no dejaremos fuera a los adultos, pues a todos los adultos mejoraremos para ellos el acceso a atención odontológica en las prestaciones más necesarias a través del sistema de Atención Primaria.*

<sup>15</sup> La patología de mayor prevalencia son las caries.

**Garantías Explícitas en Salud:** son tres los problemas de salud que se insertan en este programa: GES Salud Bucal de los 6 años; Atención de Urgencias odontológicas y Atención odontológica de embarazadas.

## I.2. Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo

### Primer componente:

La población potencial está constituida por mayores de 20 años, hombres y mujeres beneficiarios del Sistema Público de Salud, que están inscritos en un centro de atención de APS y que no están en los grupos etarios y/o condición que define el Programa de Garantías Explícitas GES<sup>16</sup>. La población objetivo es aquella que va ingresando a las listas de espera. Para acceder a las prestaciones de endodoncia y prótesis el paciente debe haber sido tratado previamente en la APS para poder estar en condiciones de recibir el tratamiento, tal como se señala previamente.

No se define una población potencial y objetivo en términos cuantitativos, ya que el componente define cantidad de prestaciones de endodoncia y prótesis, las cuales no necesariamente se pueden asociar a número de personas beneficiadas, ya que una persona pudiera requerir más de una prestación. Los sistemas de registro no están rutificados, por lo cual tampoco es posible identificarlos a través de este mecanismo. Con todo, se puede señalar que el universo total de mayores de 20 años inscritos y validados por FONASA como beneficiarios en el año 2014 son 9.290.644, cifra a la cual hay que restar las embarazadas (157.141 según datos de FONASA año 2013) y beneficiarios de 60 años (114.352). Esto reduce la población a 9.019.151. Se estima una prevalencia de pérdida de dientes en la población adulta de un 80%, por lo cual la población potencial sería de 7.215.320<sup>17</sup>. La población objetivo está representada por personas que están en lista de espera para estas dos prestaciones; en el caso de endodoncia, son 72.836 y de prótesis 92.393, esto según datos del Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE)<sup>18</sup>

En cuanto a criterios de inclusión, la primera selección dice relación con ser beneficiario de FONASA y/o PRAIS<sup>19</sup>, tener más de 20 años y estar registrado en el RNLE. Luego cumplir con los criterios de inclusión para este tipo de tratamiento, los que se definen a nivel local y se relacionan con la pertinencia médica de la indicación, lo cual es parte de las buenas prácticas, ya que la indicación final de un tratamiento la debe establecer el odontólogo responsable del paciente.

Las actividades programadas para el período en evaluación se presentan en la siguiente tabla:

**Cuadro N° 2: Número de Prestaciones comprometidas Primer Componente  
Programa de Mejoramiento del Acceso**

Prestaciones	2013	2014	2015	2016
Endodoncias	12.181	12.333	12.333	12.333
Prótesis	25.001	25.094	25.094	25.118

### Segundo componente:

La población potencial corresponde a los beneficiarios de FONASA y/o PRAIS, sin otra exigencia, sino que residir en las zonas rurales y alejadas, donde son destinados los móviles. La población potencial

<sup>16</sup> Que corresponden a 1) embarazadas 2) urgencias odontológicas y 3) personas de 60 años

<sup>17</sup> No se dispone de prevalencia de patología que requiere de endodoncia.

<sup>18</sup> Sistema informatizado para toda la red pública donde se registran pacientes en listas de espera.

<sup>19</sup> Programa que responde al compromiso asumido por el Estado de Chile con las víctimas de las violaciones a los derechos humanos ocurridas entre septiembre de 1973 y marzo de 1990. Los beneficiados tienen derecho a atención gratuita en la red pública; no constituye un seguro de salud por lo tanto son beneficiadas aquellas personas que cotizan en FONASA o en ISAPRE u otro sistema previsional.

estaría por tanto constituida por aproximadamente 2.026.322 habitantes de zonas rurales según el último censo, que corresponde al 13% de la población. No hay definida población objetivo, ya que la cantidad de actividades y de beneficiados dependerá de la disponibilidad operativa de las clínicas móviles. Tampoco hay una definición de meta en cuanto a cantidad de actividad a ser realizada en un determinado período de tiempo. Se dispone de un total de 22 móviles, de los cuales se desconoce cuáles están operativos.

Los cálculos efectuados en el 2014 por MINSAL<sup>20</sup> señalan que para ese año se dispone de 75 sillones dentales en las unidades móviles; se estima un rendimiento de 2 pacientes por hora, con lo cual, si estos trabajan 220 días hábiles una jornada de 8 horas, se podrían beneficiar un total de 264.000 personas.

A juicio del panel, esta cifra es una estimación teórica de poca utilidad, ya que se desconoce cuántos móviles están operativos en cada año, si efectivamente han trabajado 5 días a la semana durante todo el año; además, no incorpora horas de desplazamiento y tiempos entre consulta, por lo tanto, la cantidad de beneficiados potenciales sería mucho menor.

### **Tercer componente:**

La población potencial corresponde a menores de 20 años inscritos en CECOSF; la población inscrita en los CECOSF con edades entre los 7 y 19 años, corresponden a 2.329.555<sup>21</sup> que es la aproximación respecto de población potencial; de este grupo, se considera una población objetivo de 1.60.689 que corresponde a aquella que padece algún tipo de enfermedad dental, estimada a partir de una prevalencia del 70%<sup>22</sup>.

Del universo de este tipo de establecimientos, que son 175, 139 cuentan con sillón dental, pero se desconoce la oferta disponible de horas odontólogo para este componente.

### **Cuarto componente:**

La población potencial está constituida por hombres y mujeres mayores de 20 años beneficiarios de FONASA y/o PRAIS que tienen alguna patología odontológica. Se excluye de la población potencial aquella que está cubierta a través de Garantías Explícitas en Salud (GES) que son: las mujeres embarazadas y las personas de 60 años de edad.

El universo total de mayores de 20 años inscritos y validados por FONASA como beneficiarios en el año 2014 son 9.290.644, cifra a la cual hay que restar las embarazadas (157.141 según datos de FONASA año 2013) y beneficiarios de 60 años (114.352). Esto reduce la población potencial a 9.019.151. Si se considera que la patología odontológica en mayores de 20 años tiene una prevalencia de 98%, se llega a una población potencial de 8.838.768 personas. Sin embargo, esta es una cifra referencial utilizada para calcular las coberturas crecientes que se plantean y definir así la población objetivo. Si se desea proyectar la población objetivo en los años futuros, debiera corregirse la población potencial de acuerdo con las nuevas estimaciones censales.

La población beneficiada de este componente varía en el tiempo, ya que se han establecido metas crecientes en cuanto a cantidad de horas extensión horaria a financiar, en relación con el total de horas potenciales. Se considera que, por cada hora adicional, se atiende a dos pacientes. Como no se tiene la información respecto de la cantidad de horas potencialmente disponibles, no se puede estimar horas financiadas y, por tanto, población objetivo. Se desconoce los criterios aplicados para definir estas metas, lo cual es una debilidad del programa; a juicio del panel, los criterios para establecer debieran considerar la cantidad de pacientes en listas de espera y otros criterios de demanda insatisfecha.

---

<sup>20</sup> Reformulación del Programa Odontológico Integral año 2014

<sup>21</sup> Reformulación del Programa Odontológico Integral año 2014: Se excluye de esta cifra población de 12 años.

<sup>22</sup> Ídem a referencia anterior

La programación que se realiza es de número de actividades y no de beneficiarios, ya que la cantidad de prestaciones no se corresponden con la de beneficiados.

El paciente solicita hora según disponibilidad de agenda en la oficina correspondiente y será de resolución local si la citación se efectúa a partir de un listado de pacientes en espera, de demanda diaria o diferida. No existen criterios de exclusión excepto los ya señalados respecto de embarazadas y adultos de 60 años, a lo cual se agrega la exclusión de mujeres que estén siendo beneficiadas por el programa Más Sonrisas para Chile. Dado que esta atención corresponde a la actividad habitual del nivel APS, no se asocia a la resolución de listas de espera formalmente registradas en el sistema público, las que corresponden sólo a demanda insatisfecha en el nivel secundario.

### Quinto componente:

En el caso del Componente 5, la población potencial se refiere a alumnos, hombre y mujeres, cursando 4º año de enseñanza media en establecimientos municipales y particulares subvencionados del sistema regular de educación o del sistema de normalización de estudios (adultos en escuelas nocturnas). A partir de septiembre del 2016 se incluyó también a alumnos de 3º medio.

Según cifras del Dpto. de Estudios y Desarrollo del MINEDUC, en el año 2009 la cantidad de alumnos matriculados en 4º medio corresponden a 180.000<sup>23</sup>. En este caso, se considera que todo alumno es beneficiario del componente, siendo por tanto la población potencial equivalente a todos los alumnos matriculados en 3º y 4º medio y la población objetivo aquella que pudiera requerir atención. La prevalencia de caries y enfermedad periodontales y gingivales es de 98%, lo cual da una cifra de 176.000 alumnos.

El programa se ha planteado un incremento sostenido de la población objetivo a partir de coberturas incrementales, según se muestra en la tabla número 4. No se han explicitado los criterios aplicados para definir las coberturas incrementales.

**Cuadro N° 3: Población Objetivo del Quinto Componente**

Componente	Año	Población potencial	Cobertura planificada	Población objetivo
Alumnos de 4º medio educación media municipal y subvencionada regular y del sistema de normalización.	2015	180.000	20%	36.000
	2016	180.000	40%	72.000
	2017	180.000	70%	126.000
	2018	180.000	100%	180.000

Fuente: elaboración propia a partir de información entregada por MINSAL

Como se observa, la actividad de este componente se proyecta en forma incremental del 2015 al 2018, desde un 20% sobre la población de 4º medios estimada a través de la matrícula correspondiente y proyectando cubrir el 100% en el año 2018.

### I.3. Antecedentes presupuestarios

El presupuesto asignado a este programa en el período de evaluación se presenta a continuación.

<sup>23</sup> Información de las SEREMI de Educación; no se tiene información respecto de si esta cifra ha sido actualizada después de esa fecha para efectos de tener un cálculo más real respecto de cobertura y población objetivo.

**Cuadro N° 4: Presupuesto total del programa 2013-2016  
(miles de 2017)**

<b>Año</b>	<b>Presupuesto total del programa (incluye todas las fuentes de financiamiento)<sup>24</sup></b>	<b>Presupuesto del Programa proveniente de la Institución Responsable (a)</b>	<b>Presupuesto Total Institución Responsable (b)</b>	<b>Participación del programa en el presupuesto de la Institución Responsable (%) (a/b)</b>
2013	0			0%
2014	0			%
2015	15.020.578	13.638.570	1.305.774.143	1,04%
2016	22.142.722	20.078.756	1.411.694.312	1,42%
2017	29.367.592	26.622.592	1.524.667.712	1,74%
% Variación 2015-2017	95%	95%	16%	

(\*). Recursos del Programa Mejoramiento de Acceso más Programa Odontológico Integral menos Mas Sonrisas.

Fuente: Programa Mejoramiento de Acceso, Resoluciones Exentas N°15 (2015), y N°872(2016). MINSAL, Sub. De Redes Asistenciales; Programa Odontológico Integral, Resolución exenta 666 (2013), 1266 (2013), 12 (2015, 1240 (2016).

## **II. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA**

### **II.1. Justificación del programa**

El presente Programa centra su accionar en facilitar el acceso de la población beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA) a la atención odontológica y resolver la demanda insatisfecha que se genera en el nivel secundario expresado a través de las Listas de Espera. Las actividades realizadas o prestaciones ofrecidas en estos componentes son principalmente curativas, con excepción del tercer componente que se lleva a cabo en los CECOSF y que tiene adicionalmente al curativo, un componente educativo y preventivo específico.

La justificación y origen del programa tiene a juicio del panel dos ejes principales que se relacionan entre sí: el primero de ellos dice relación con facilitar el acceso a la atención de baja y mediana complejidad y en segundo término, la evidencia existente en cuanto que la red pública en las condiciones actuales, no tiene una oferta capaz de resolver la demanda y necesidades de la población en este problema de salud, generando listas de espera que tienen largos plazos de espera, como se detalla más adelante. Por tanto, hay un problema que está adecuadamente identificado, relacionado con la insuficiencia de la oferta con relación a las necesidades de la población y por tanto existe la necesidad de asumir esta problemática con políticas públicas orientadas a reducir estas brechas.

Dado que la mayor prevalencia de enfermedades bucales en todas las edades son las caries, las acciones que incorpora este programa y cada uno de sus componentes se consideran adecuadas, ya que están orientadas a ofrecer un grupo de prestaciones que buscan evitar su progresión y aparición a través de destartraje y pulido coronario, obturaciones de amalgama, radiografías periapicales y exodoncias. A esto se suma el componente educativo en higiene bucal que está incorporado en el tratamiento que lleva al alta integral; en el caso del tercer componente se agrega para la población menor de 20 años, medida preventivas como son la aplicación de sellantes. Finalmente, para aquellos casos en que el daño ha llevado a la pérdida de piezas dentarias, se define un componente que se hace cargo de este aspecto. Llama sí la atención, la ausencia de una estrategia que se haga cargo de los problemas de ortodoncia, los

<sup>24</sup> En caso que el financiamiento del programa provenga de una única institución y no tenga aportes de terceros, no debe completarse esta columna.

que, junto con prótesis, son las especialidades que más listas de espera generan, correspondiendo cada una de estas a un 23% del total, según se detalla más adelante.

En cuanto al primer componente orientado a endodoncia y prótesis, estas prestaciones se consideran justificadas y suficientes en el diseño que tiene el programa, toda vez que integra el concepto de alta integral y, por otro lado, resuelve una problemática que también tiene una alta prevalencia en la población adulta. Además, ambas prestaciones son causa de importantes listas de espera según se explicita más adelante.

La evidencia recalca la importancia de las actividades de promoción y prevención en el área de la salud bucal, por lo cual las medidas que se incorporan especialmente en el tercer componente están plenamente validadas; estas tienen su mayor impacto si se llevan a cabo en edades tempranas y deben ser reforzadas en cada visita del paciente. No se tiene información respecto de la cobertura o extensión que tienen las actividades promocionales y educativas en esta área en particular dentro de la APS, pero a juicio del panel, estas están plenamente validadas, ya que el reforzamiento de éstas siempre es considerado adecuado.

Sin embargo, cabe considerar si otras estrategias o cambios en el diseño de los componentes de este programa pudieran ser más efectivas y eficientes para el problema que se ha identificado, según se describe y justifica a continuación:

1. **Clínicas dentales móviles:** en el caso del segundo componente se considera que el actual diseño y gestión es inadecuado, ya que no logra identificar actividad ni beneficiados como resultado de su aplicación y su relación con los costos. Existen otras alternativas para facilitar el acceso de la población rural a la atención en salud, la cual está plenamente justificada como necesidad; por ejemplo, el realizar campañas que lleven a los pacientes a los lugares de atención, en los consultorios de APS o en zonas donde se instalen móviles, pero con un criterio que garantice el acceso de la mayor cantidad de personas y el mayor uso de las horas sillón disponibles.
2. **Atención dental en CECOSF:** La actividad en los CECOSF que entrega el tercer componente según se observa, no dista de lo que regularmente se hace en la APS, específicamente en los CESFAM, por tanto, no queda clara la justificación para que éste sea un programa de reforzamiento y no parte de la actividad regular financiada por el per cápita, con lo cual se aprovecha de igual forma la infraestructura disponible en los CECOSF.
3. **Endodoncia y prótesis en APS:** El primer componente está dentro de las estrategias aplicadas en otras áreas de la salud en cuanto incrementar la capacidad resolutive de la APS; sin embargo, pudiera ser más efectiva si se incorpora a la actividad regular de la APS, eventualmente ampliando coberturas y facilitando su ejecución, dado que no requeriría de una gestión administrativa propia, como ocurre en la actualidad por ser PRAPS. Por su parte, el diseño actual no permite controlar que efectivamente los cupos se destinen a pacientes en lista de espera que es su principal objetivo.
4. **Extensión horaria:** la estrategia parece del todo justificada, sin embargo, su diseño no permite garantizar que la actividad realizada en este horario extendido efectivamente represente un incremento respecto de la actividad regular de la APS.
5. **Atención alumnos de 4º medio:** un primer elemento es la compra que se realiza a privados para la ejecución de parte de las acciones de este componente; esto tiene un riesgo de descreme en particular porque hay una sola canasta y valor, independientemente del nivel de complejidad que tenga el paciente. Esta mayor complejidad según ha señalado la contraparte, se evidencia especialmente en zonas rurales. Si bien se reconoce la necesidad de cubrir este grupo etario, el panel considera que el foco principal de la estrategia debiera estar en la continuidad de la atención en la población infantil y adolescente, cosa que no se ve, tal como se señala a continuación.

La continuidad en la atención de niños/niñas y adolescentes permitiría tener una población bajo control en las edades en que las acciones de prevención específica y tratamiento precoz del daño existente tienen su mayor impacto, evitando daños mayores que no solo tienen un negativo impacto en la salud y calidad de vida de las personas, sino que además implican mayores costos para el Estado. El siguiente análisis del

panel en torno a este tema se puede realizar dado que junto con este programa se están evaluando otros tres programas: Sembrando Sonrisas, Más Sonrisas para Chile y Programa de Salud Oral de JUNAEB.

Sembrando Sonrisas y el programa llevado a cabo por JUNAEB tienen como población objetivo desde los 2 a 5 años en el primer caso y de 5 a 13 años el segundo. Se debe agregar a estos dos programas, el GES de los 6 años de edad y los componentes del presente programa que son el de los 4º medios y el que se desarrolla en los CECOSF.

En el siguiente cuadro se observa la falta de dicha continuidad y la superposición en los grupos etarios que cubren los diferentes programas:

**Cuadro N° 5: Programas del área odontológica con población objetivo entre los 2 y 20 años de edad**

PROGRAMA / Componente	Tipo de Atención	Grupos Etarios		
		Párvulos	6 a 13 años (8º básico)	Adolescentes >15 años
Salud Bucal JUNAEB	Preventivo Curativo	4 años a 13-14 años		
Sembrando Sonrisas	Preventivo	2 a 5 años		
GES 6 años	Preventivo/Curativo		6 años	
Plan Familiar APS	Preventivo A. Integral	Beneficiarios toda edad		
At. Odontológica en CECOSF	Preventivo	De 2 a 20 años		
	Alta integral			
At. Dental 4º medios	Preventivo A. Integral			16 a 18 años

Fuente: elaboración propia a partir de los antecedentes entregados por los programas.

Se verifica la existencia de varios programas y componentes que toman como población objetivo a los mismos grupos etarios, pero donde las poblaciones objetivo y criterios de focalización son diferentes y por tanto no se ve facilitado su seguimiento a través del tiempo. No se cubre todo el ciclo de la niñez y adolescencia y, además, las coberturas son bajas en alguno de estos programas, en otros casos no se puede calcular porque no se registra el número de beneficiarios y en otros, son programas que no están sujetos a evaluación en el proceso actual que lleva la DIPRES y por tanto se carece de dicha información.

El estar conceptualizados como componentes o programas independientes y además depender de dos sectores diferentes, MINSAL y MINEDUC hace en opinión de los panelistas, que su efectividad se vea disminuida, así como el eficiente uso de los recursos; a este hecho se suma la carga administrativa que implica el gestionar este importante número de programas, lo que al final también se traduce en costo.

En cuanto a las superposiciones que se dan con los otros componentes de este programa, se puede señalar que:

- En el caso del primer componente, las endodoncias y prótesis también se entregan en el programa Más Sonrisas para Chile, e incorpora el mismo grupo etario solo que en el segundo caso, son sólo mujeres; así, se superponen al menos en cuanto a diseño. En la normativa vigente, sin embargo, el componente explicita la no entrega de los beneficios a mujeres que están siendo beneficiadas por el programa Más Sonrisas.
- El cuarto componente de extensión horaria no tiene superposición en cuanto se lleva a cabo en un horario en que los demás componentes no tienen actividades programadas.

A continuación, se presentan antecedentes que objetivan algunos de los aspectos arriba señalados:

### **El acceso de la población a la atención odontológica:**

El acceso de pacientes para la atención odontológica está determinado por diversos factores, entre los cuales está:

- La percepción y/o conocimiento que el paciente (o su apoderado) tiene respecto de la importancia de consultar al odontólogo y la oportunidad/priorización que hace respecto de este tipo de atención
- El acceso en términos geográficos: accesibilidad a un centro que preste este tipo de atención
- El acceso en términos financieros: el disponer de los recursos necesarios para este tipo de consulta; exceptuando las actividades que realizan organismos públicos para sus beneficiarios y los programas especiales que llevan a cabo, la consulta y tratamiento debe ser pagada (en su totalidad o a través de un copago), lo cual implica en general no sólo una consulta, sino que varias. Esto limita en forma importante la demanda por este tipo de prestaciones.
- La suficiencia de la oferta en los distintos niveles de atención.

La atención de la red APS en el área odontológica es insuficiente, lo cual se evidencia cuando ésta se mide en términos de número de sillones dentales por población. Se estima, según datos aportados por la contraparte del programa, que son aproximadamente 1 sillón dental por cada 40.000 beneficiarios<sup>25</sup>, siendo que los estándares que define MINSAL y el Ministerio de Planificación y Desarrollo Social para las inversiones de APS en el área dental son de 1 sillón por cada 5.000 beneficiarios, en los cuales se define un odontólogo por 8 horas 240 días del año.

La existencia de zonas rurales y de difícil acceso pone a las familias que ahí residen en una situación de aún mayor desventaja, ya que los establecimientos de salud existentes son insuficientes y en su gran mayoría no cuentan con atención dental. Ello justifica estrategias que acerquen la atención dental a estas familias.

Cabe señalar que se calcula una prevalencia de enfermedad bucal sobre el 90% en la población adulta, con un índice COP-D<sup>26</sup> de 15 en población entre los 34 y 44 años y de 22 en población de 65 a 74 años (ambos considerados niveles de daño alto); en el primer grupo en promedio hay 6 dientes faltantes y en el segundo 17 dientes faltantes.<sup>27</sup> Estas cifras refuerzan la relevancia de este problema de salud pública, en el cual el daño que se produce a edades tempranas, que no es adecuadamente prevenido y tratado, lleva a daños posteriores crecientes con los años.

### **Listas de Espera para el nivel secundario de atención:**

Un indicador de la insuficiencia de la oferta son las Listas de Espera que se generan para la atención de especialidades, esto es en el nivel secundario de atención. Respecto de la demanda insatisfecha en la APS, las entidades prestadoras no registran la cantidad de pacientes que solicitan hora y no acceden a ella en la agenda (es lo que se conoce como “rechazos”); en aquellos casos que sí pudieran estar registradas, éstas no se consolidan y por tanto no son de utilidad para efectos del presenta análisis.

---

<sup>25</sup> Esta información la entrega la Jefa del Programa Odontológico del MINSAL

<sup>26</sup> La OMS ha definido el índice COP-D para definir la severidad de las caries la cual se mide a los 12 años de edad, utilizándose los siguientes criterios: Muy bajo:0.0 – 1.1; Bajo:1.2 – 2.6; Moderado: 2.7 – 4.4 y Alto:> de 4.4 El odontólogo realiza la inspección bucal, donde se observa la cantidad de piezas con caries (C), las piezas dentales obturadas, es decir tratadas por caries (O), piezas dentales permanentes perdidas por caries (P) y estos en relación a número total de piezas dentales

<sup>27</sup> Fuente: Dental Caries Prevalence and Tooth Loss in Chilean Adult Population: First National Dental Examination Survey I. Urzua, et al.

A continuación, se muestra la situación a junio del 2016 según cifras de la Unidad de Gestión de la Subsecretaría de Red Asistencial:

- Al 30 de junio del 2016 el MINSAL registra un total de 1.622.537 pacientes que están en espera de ser atendidos por especialistas en el nivel secundarios; de éstos, un 24% son del área odontológica, es decir 394.659 pacientes.
- De este total, 121.062 corresponden a menores de 15 años (30%).
- Del total de pacientes en lista de espera, sólo un 6% está en espera menos de un mes.
- El promedio para las listas de espera de más de 1 mes es de 601 días, concentrándose las mayores esperas en la zona del Extremo Sur y Sur del país.
- Las especialidades con más demanda insatisfecha son Ortodoncia y Prótesis Removible con un 23% de casos para cada una de estas especialidades; en tercer lugar, están las Endodoncias con un 18%.
- La RM concentra la mayor cantidad de casos (144.662), como es de esperar por la mayor población residente, seguido de la Zona Sur que incluye los SS que concentran mayor población rural y pobreza (Araucanía, Biobío, Talcahuano, Arauco entre otras).

En cuanto a las Intervenciones Quirúrgicas Odontológicas en listas de espera, a esa misma fecha de corte se registran:

- 3.733 pacientes en espera de cirugía, de las cuales 1.720 (46%) llevan esperando más de un año.
- 18% son en menores de 15 años<sup>28</sup>.

### **Atenciones garantizadas a través de las Garantías Explícitas en Salud:**

Desde el año 2005 y en forma progresiva se ha ido incorporado la atención de patologías orales en el programa GES; cuando un paciente es atendido por un problema GES, independientemente de si aquello se da a través de la consulta espontánea en APS, a través de programas PRAPS u otro mecanismo, éste es derivado si fuera necesario, a un centro que provea las prestaciones contenidas en la canasta GES. el prestador está obligado a iniciar un sistema de registro continuo de las prestaciones efectivamente realizadas y las fechas en que esto ocurre, con lo cual el paciente queda ingresado al sistema como "paciente GES". Esto obedece a la necesidad de llevar un seguimiento y monitoreo del cumplimiento especialmente de la garantía de oportunidad que contempla el GES, para lo cual se utiliza un portal con sistema de registro especialmente disponible para pacientes GES y que se monitorea desde el Nivel Central.

Las patologías cubiertas por la ley GES en la actualidad son:

#### 1. Salud oral integral en niños de 6 años:

Se trata de atención odontológica que incorpora educación, prevención y tratamiento de la patología existente; se lleva a cabo en los consultorios de APS y el paciente debe concurrir a solicitar su atención mientras tenga 6 años.

#### 2. Salud oral integral en adultos de 60 años

El paciente asiste a la red pública para recibir atención odontológica que incluye educación, prevención, tratamiento y rehabilitación, las cuales se entregan hasta completado el tratamiento; el paciente es atendido mientras tenga 60 años para iniciar el tratamiento.

#### 3. Urgencia odontológica ambulatoria:

Se refiere a aquella que requiere tratamiento inmediato, impostergable y oportuno, con el objeto de aliviar el dolor y posibles riesgos en el estado de salud del paciente; no tiene limitante de edad y se realiza en los servicios de la red pública dispuestos para estos efectos.

---

<sup>28</sup> No es posible establecer más detalles respecto de edad y sexo, ya que la información entregada no las contiene.

#### 4. Fisura labio-palatina:

Se refiere a alteraciones estructurales congénitas que comprometen algunos procesos faciales embrionarios en formación; se denominan también “labio leporino” y pueden tener diferentes grados de severidad. Todos los pacientes nacidos desde el 1º de enero del 2005 en adelante tienen este beneficio que incluye el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del primer y segundo año.

#### 5. Salud Oral de las Embarazadas:

Toda mujer en esa condición tiene garantizada la atención dental.

Estas garantías rigen tanto para la población beneficiaria de FONASA como para aquella beneficiaria de ISAPRES.

## II.2. Eficacia y Calidad

### II.2.1 Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales (evaluación del cumplimiento de objetivos de propósito y fin).

Este programa se ha conformado, para fines del presente análisis, con componentes de los programas originales “Odontológico Integral” y “Mejoramiento del Acceso” que comparten un mismo fin y propósito.

El programa no cuenta con indicadores que informen el cumplimiento de este fin y propósito; sin embargo, se puede afirmar que el programa ha contribuido al cumplimiento de estos, en la medida en que las acciones que se realizan significan un aumento en la oferta de atenciones odontológicas. Lo que no es posible, como se explica en las secciones siguientes, es cuantificar cual ha sido este aporte. En particular no ha sido factible determinar cuánto de las atenciones constituyen un aumento neto y cuánto un desplazamiento (*crowding-out*) de actividad que se debería realizar como parte del Plan de Salud Familiar de la APS o, en el caso del componente 1, del nivel secundario de atención.

### II.2.2 Eficacia a nivel de Componentes (producción de bienes o servicios)

#### Componente 1: Aumento de capacidad resolutive de APS en endodoncia y prótesis

El programa tiene metas definidas en número de atenciones a entregar, las cuales se han cumplido en todos los años evaluados. La producción del componente ha tenido un aumento del 7% en sus dos productos entre 2013 y 2016.

La administración del Programa desconoce que fracción de todas las endodoncias y prótesis removibles representa el programa dentro de del total del sector público.

**Cuadro N° 6: Producción Componente 1 Años 2013-2016**

	2013	2014	2015	2016
Total Endodoncias	13.319	14.198	14.492	14.296
Meta endodoncias	12.181	12.333	12.333	12.333
Cumplimiento meta endodoncia (%)	109,3	115,1	117,5	115,9
Total Prótesis removibles	27.896	27.352	29.093	29.967
Meta prótesis	25.001	25.094	25.094	25.118
Cumplimiento meta prótesis (%)	111,6	109,0	115,9	119,3

Fuente: MINSAL

Este componente es el único que contempla atenciones para las que se registra lista de espera<sup>29</sup>. La evolución de estas listas se muestra en el siguiente cuadro. En ambas atenciones se observa un crecimiento exponencial de las listas de espera. En opinión de este panel, no existen razones sanitarias ni epidemiológicas que expliquen ese crecimiento. Determinar las causales de este fenómeno está más allá de los alcances de la presente evaluación, no obstante, estas razones no serían atribuibles al Programa, toda vez que la producción del componente 1 no ha disminuido en el tiempo. En consecuencia, el panel estima que un indicador basado en las listas de espera no es adecuado para la evaluación de este componente.

**Cuadro N° 7: Listas de espera a diciembre de cada año. 2013-2016**

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Endodoncia</b>	<b>4.127</b>	<b>5.239</b>	<b>8.657</b>	<b>15.823</b>	<b>36.875</b>
Entre 15 y 64 años	3.786	4.744	7.637	13.543	31.397
Mayores de 65 años	244	289	460	834	2.096
Menor de 15 años	97	206	560	1.446	3.382
<b>Rehabilitación: Prótesis Removible</b>	<b>4.248</b>	<b>7.565</b>	<b>14.649</b>	<b>24.555</b>	<b>39.990</b>
Entre 15 y 64 años	1.856	3.658	6.816	11.617	19.789
Mayores de 65 años	2.387	3.892	7.812	12.909	20.148
Menor de 15 años	5	15	21	29	53
<b>Total general</b>	<b>8.375</b>	<b>12.804</b>	<b>23.306</b>	<b>40.378</b>	<b>76.865</b>

Fuente: MINSAL

## Componente 2: Clínicas dentales móviles

Este componente ha variado la forma de registrar su producción en el periodo en evaluación. Hasta 2014 se registraban las atenciones de urgencia y, dentro de estas, cuales incluían una obturación definitiva dentro de la atención. A partir del año 2015 se comenzó a registrar el número total de atenciones recuperativas realizadas en las clínicas móviles, registrando también el número de horas sillón disponibles, siendo así posible calcular un indicador de uso de estos dispositivos.

En ambos periodos se evidencia una disminución de la producción en el tiempo del orden del 12% anual. En el periodo 2015 – 2016 se presenta además un aumento de horas sillón disponibles, lo que hace el rendimiento de los sillones en un 16%. De acuerdo con la administración del programa, el aumento de horas sillón podría deberse a clínicas que anteriormente estaban en mantención o reparaciones y ya se encuentran funcionando, ya que este componente no ha experimentado expansión de recursos.

**Cuadro N° 8: Producción Componente 2 Años 2013-2014**

	N° total de urgencias con obturación definitiva realizada en clínicas dentales móviles	N° total de consultas de urgencia realizadas en Clínica Dental Móvil
2013	21.893	36.715
2014	20.361	32.259

Fuente: DEIS-MINSAL

**Cuadro N° 9: Producción Componente 2 Años 2015-2016**

	N° total de actividades recuperativas realizadas en clínicas dentales móviles	N° total de horas sillón disponibles en clínica dental móvil	Promedio de atenciones por hora
2015	109.923	40.751	2,70

<sup>29</sup> Las listas de espera solo existen para atenciones que se entregan en el nivel secundario de salud.

	<b>Nº total de actividades recuperativas realizadas en clínicas dentales móviles</b>	<b>Nº total de horas sillón disponibles en clínica dental móvil</b>	<b>Promedio de atenciones por hora</b>
2016	96.812	42.537	2,28

Fuente: DEIS-MINSAL

### **Componente 3: Aumento de cobertura a través de CECOSF**

Este componente entrega dos tipos de atenciones, dependiendo de si el CECOSF cuenta o no con sillón dental. En los establecimientos con sillón, la atención consiste en aplicaciones de flúor barniz, mientras que en los establecimientos que cuentan con un sillón dental se realizan atenciones curativas que redundan en un alta integral del paciente.

El número de aplicaciones de flúor barniz ha aumentado 12,6% entre 2013 y 2014, de 30.845 a 34.739, con un máximo de 39.263 en 2014. El número de altas odontológicas, por su parte, solo registra datos para los años 2015 y 2016. En este periodo las atenciones crecieron de 42.238 a 45.757, lo que corresponde a un 8% de aumento.

**Cuadro N° 10: Producción Componente 3 Años 2013-2016**

<b>Tipo</b>	<b>Prestación</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Con sillón	Nº altas odontológicas en CECOSF a menores de 20 años			42.238	45.757
	Población menor de 20 años asignada en CECOSF			50.148	148.045
	Altas integrales por beneficiario			0,84	0,31
Sin Sillón	Nº total de aplicaciones de flúor barniz realizadas en CECOSF a menores de 20 años	30.845	39.263	34.611	34.739
	Población menor de 20 años asignada en CECOSF * 100	174.988		129.874	50.202
	Aplicaciones de flúor barniz por beneficiario	0,18		0,27	0,69

Fuente: DEIS MINSAL

### **Componente 4: Extensión horaria**

El componente considera como meta la realización de 1920 consultas por cada extensión horaria, considerando un rendimiento de dos consultas por hora. Los datos, por su parte, muestran un cumplimiento en torno al 63%, equivalente a 1,3 consultas por hora. Este indicador implica una baja utilización de los recursos disponibles. Además, no es posible determinar, con los datos disponibles, cuánto de estas atenciones es un aumento neto de producción y cuanto un desplazamiento de actividades que se podrían realizar en horario normal.

**Cuadro N° 11: Producción Componente 4 Años 2013-2016**

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Nº extensiones horarias			357	478
Actividades realizadas			731.976	951.294
Consultas realizadas			434.950	577.660
Consultas comprometidas			685.440	917.760
Cumplimiento (%)			63,5	62,9
Rendimiento (consultas/hora)			1,27	1,26

## Componente 5: Atención a alumnos de 4° medio

Para este componente se define como meta un número de altas integrales en función de la población objetivo que se busca atender. Para el primer del programa año la meta se superó en un 2%. La meta del segundo año duplicaba la del año anterior, sin embargo, la producción de altas integrales solo aumentó en un 72%, dando como resultado una caída en el indicador de cumplimiento a 82%. La administración del programa atribuye este hecho a que los alumnos no asistían a las citas programadas, por lo que decidió extender el programa a alumnos de 3° medio para aumentar la base de beneficiarios y así cumplir con el número de atenciones comprometidas.

**Cuadro N° 12: Producción Componente 5 Años 2013-2016**

	2013	2014	2015	2016
Altas realizadas			36.912	63.462
Altas comprometidas			36.042	77.468
Cumplimiento (%)			102,4	81,9

### II.2.3 Cobertura y focalización del programa (por componentes en los casos que corresponda)

Este programa no lleva un registro de sus beneficiarios efectivos, registrándose únicamente la cantidad de prestaciones o atenciones entregadas. Sin embargo, para algunos componentes es factible deducir el número a través de los datos que entrega la base de datos REM.

En el componente 1, el REM registra el número de pacientes atendidos tanto para endodoncias como para prótesis removible. Existe la posibilidad que algún paciente haya recibido ambos tratamientos, pero se estima que esta probabilidad es muy baja, por lo que se puede considerar la población beneficiaria del componente como la suma de los pacientes de ambas atenciones.

En el componente 5 se puede suponer que ocurre un alta integral por beneficiario, por lo que el número de beneficiarios será igual al número de altas.

Para el resto de los componentes no se puede determinar el número de beneficiarios efectivos.

**Cuadro N° 13: N° de Beneficiarios Efectivos Años 2013-2016**

	2013	2014	2015	2016	% Variación 2013-2016
Componente 1	30.310	30.264	31.273	31.223	3,0%
Componente 2	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Componente 3	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Componente 4	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Componente 5	N/A	N/A	36.912	63.462	71,9%
Total	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

Fuente: Elaboración propia con datos REM

Las poblaciones potencial y objetivo son distintas para cada componente y en algunos casos se traslapan (ver sección Complementariedad y superposiciones). Más aun, la mayoría de los componentes no tiene claramente identificadas sus poblaciones potencial y objetivo, por lo que un análisis de cobertura se vuelve imposible. A continuación, se analiza la situación de cada componente por separado.

El **componente 1** no ha cuantificado su población potencial ni objetivo, por lo que, pese a ser uno de los pocos componentes que tiene cuantificado su número de beneficiarios. No es posible hacer un análisis de cobertura.

El **componente 2**, al igual que el anterior, no tiene cuantificada su población potencial ni objetivo. Sin embargo, el MINSAL ha estimado, en base a la disponibilidad de horas en los móviles, que se podría atender a un total de 264.000 personas. Por otra parte, al no tener un registro ni estimación de beneficiarios no es posible hacer un análisis de cobertura.

El **componente 3** ha estimado su población potencial en 2.329.555 y la población objetivo en 1.630.689 (Equivalente a un 70% de la población potencial). Este componente tampoco tiene un registro ni estimación de beneficiarios, por lo que no es posible hacer un análisis de cobertura.

El **componente 4** ha estimado su población potencial en 8.838.768 personas. La población objetivo se define en base a una cobertura creciente para alcanzar el 100% de la población potencial en 2018. Al igual que en los componentes 2 y 3, no hay una cuantificación de los beneficiarios efectivos del componente, por lo que no es posible un análisis de cobertura.

**Cuadro N° 14: Cobertura Componente 4 Años 2013-2016**

<b>Año</b>	<b>Población Potencial (a)</b>	<b>Población Objetivo (b)</b>	<b>Beneficiarios Efectivos (c)</b>	<b>% Beneficiarios respecto a Población Potencial (c)/(a)</b>	<b>% Beneficiarios respecto a Población Objetivo (c)/(b)</b>
2015	8.838.768	1.767.754	N/D	N/D	N/D
2016	8.838.768	4.861.322	N/D	N/D	N/D
2017	8.838.768	6.629.076	N/D	N/D	N/D
2018	8.838.768	8.838.768	N/D	N/D	N/D
%Variación 2015-2016	0%	175%	N/D	N/D	N/D

Fuente: Elaboración propia con datos MINSAL

El **componente 5** ha estimado su población objetivo en 180.000 personas (la matrícula de alumnos de 4º medio<sup>30</sup>). La población objetivo se define en base a una cobertura creciente para alcanzar el 100% de la población potencial en 2018. Como en este componente es posible estimar el número de beneficiarios, es el único que permite un análisis de cobertura. En efecto, se observa que el primer año del componente (2015) se cumplió la meta de cobertura establecida, pero en 2016, pese a un aumento de 72% en los beneficiarios, no se alcanzó la meta preestablecida.

**Cuadro N° 15: Cobertura Componente 5 Años 2013-2016**

<b>Año</b>	<b>Población Potencial (a)</b>	<b>Población Objetivo (b)</b>	<b>Beneficiarios Efectivos (c)</b>	<b>% Beneficiarios respecto a Población Potencial (c)/(a)</b>	<b>% Beneficiarios respecto a Población Objetivo (c)/(b)</b>
2015	180.000	36.000	36.912	20,5	102,5
2016	180.000	72.000	63.462	35,3	88,1
2017	180.000	126.000	N/D	N/D	N/D
2018	180.000	180.000	N/D	N/D	N/D
%Variación 2013-2016	0%	100%	72%	72%	-14%

Fuente: Elaboración propia con datos MINSAL

<sup>30</sup> Esto no incluye la reformulación que se hizo en 2016 para incluir también a los alumnos de 3º medio.

Al estar inserto dentro de la atención primaria de salud, el programa hereda de esta la focalización de sus usuarios. No existe al interior de cada componente un criterio de focalización explícito que determine que pacientes deben ser priorizados. La focalización del programa está dada por la definición de la población potencial de cada uno de sus componentes, los cuales se diferencian, básicamente, en el grupo etario al cual apuntan. De esta forma, el componente 1 apunta a pacientes adultos no cubiertos por el GES; el componente 2 se orienta a población rural con difícil acceso, el componente 3 cubre específicamente población menor de 20 años; el componente 4 se orienta a personas que por razones laborales no pueden acceder a los centros de salud en horario hábil; el componente 5, por último, se dirige específicamente a alumnos de enseñanza media de escuelas subvencionadas.

#### **II.2.4 Calidad (satisfacción de los beneficiarios efectivos, oportunidad, comparación respecto a un estándar)**

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.

### **II.3. Economía**

#### **II.3.1 Fuentes y uso de recursos financieros**

La fuente de ingreso del presupuesto del programa proviene del aporte fiscal. El presupuesto del 2015 con M\$13.638.570, el 2016 con M\$20.078.756, y el 2017, con M\$26.622.592.

**Cuadro N° 16: Presupuesto 2015-2017  
M\$ 2017**

<b>Año</b>	<b>Presupuesto inicial de la Institución responsable</b>	<b>Presupuesto Inicial del Programa (Asignación en Ley de Presupuesto)</b>	<b>% Respecto del presupuesto inicial de la institución responsable</b>
2013	0	0	<b>0%</b>
2014	0	0	<b>0%</b>
2015	1.305.774.143	13.638.570	<b>1,0%</b>
2016	1.411.694.312	20.078.756	<b>1,4%</b>
2017	1.524.667.712	26.622.592	<b>1,7%</b>

El presupuesto del programa experimentó un incremento del 95% entre 2015-2017, cuyos recursos financieros del Programa hoy formaría parte de un 1,74% 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.

Respecto del desglose del presupuesto a nivel del subtítulo, como se puede apreciar en el siguiente cuadro, el gasto en recurso humano se ha mantenido en un presupuesto de \$2.200 millones.

Se releva el incremento importante que ha tenido el presupuesto en transferencias pasando de M\$10.038.869, del año 2015, a M\$16.306.613, del año 2017, con un incremento de 62% de presupuesto en inversión.

**Cuadro N° 17: Presupuesto Inicial y Vigente  
M\$ 2017**

<b>AÑO 2015</b>	<b>Presupuesto Inicial (A)</b>	<b>Presupuesto Vigente (B)</b>	<b>Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)</b>
Personal	2.182.275	2.182.275	2.182.275
Bienes y Servicios de Consumo	1.417.426	1.417.426	1.417.426
Transferencias	10.038.869	10.038.869	10.038.869
Inversión	0	0	0
Otros (Identificar)	0	0	0
<b>Total</b>	<b>13.638.570</b>	<b>13.638.570</b>	<b>13.638.570</b>

Fuente:

<b>AÑO 2016</b>	<b>Presupuesto Inicial (A)</b>	<b>Presupuesto Vigente (B)</b>	<b>Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)</b>
Personal	2.276.530	2.276.530	2.276.530
Bienes y Servicios de Consumo	1.398.320	1.398.320	1.398.320
Transferencias	16.306.613	16.306.613	16.306.613
Inversión	97.292	97.292	97.292
Otros (Identificar)	0	0	0
<b>Total</b>	<b>20.078.754</b>	<b>20.078.754</b>	<b>20.078.754</b>

### II.3.2 Ejecución Presupuestaria del Programa

El nivel de ejecución del presupuesto a nivel de devengado ha sido de un 100% entre los años 2015-2016, programa que se gestionan en base a metas comprometidas y ajustado el marco presupuestario.

El principal aporte está centrado en recursos de inversión, con un promedio de un 91% del presupuesto (2015-2016) relacionado a: Prestación de especialidades de endodoncia y prótesis removible para la población mayor de 20 años; Uso de clínicas dentales móviles; Equipo de salud bucal como parte de las estrategias de fomento y protección de la salud a nivel comunitario; Atención dental más allá de la jornada diurna habitual; Atención que está orientada a adolescentes que cursan 3º y 4º medio y se realiza después de la jornada escolar en los centros de salud donde el alumno es derivado, en centros privados y en dispositivos móviles al interior de los establecimientos educacionales durante la jornada escolar.

La ejecución presupuestaria a nivel de subtítulo del Programa para los años 2015-2016, se grafica en el siguiente cuadro:

**Cuadro N° 18: Ejecución del Presupuesto  
M\$ 2017**

<b>AÑO 2015</b>	<b>Presupuesto Inicial (A)</b>	<b>Presupuesto Vigente (B)</b>	<b>Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)</b>	<b>Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria</b>	
				<b>(C/B) %</b>	<b>(C/A) %</b>
Personal	2.182.275	2.182.275	2.182.275	100,0%	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	1.417.426	1.417.426	1.417.426	100,0%	100,0%
Transferencias	10.038.869	10.038.869	10.038.869	100,0%	100,0%

AÑO 2015	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Inversión	0	0	0	0,0%	0,0%
Otros (Identificar)	0	0	0	0,0%	0,0%
<b>Total</b>	<b>13.638.570</b>	<b>13.638.570</b>	<b>13.638.570</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Fuente:					
AÑO 2016	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	2.276.530	2.276.530	2.276.530	100,0%	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	1.398.320	1.398.320	1.398.320	100,0%	100,0%
Transferencias	16.306.613	16.306.613	16.306.613	100,0%	100,0%
Inversión	97.292	97.292	97.292	100,0%	100,0%
Otros (Identificar)	0	0	0	0,0%	0,0%
<b>Total</b>	<b>20.078.754</b>	<b>20.078.754</b>	<b>20.078.754</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

El nivel de ejecución del presupuesto a nivel de devengación de gasto asciende a un 100%, para los años 2015-2016, lo que evidencia el nivel alto de uso de recursos para asegurar las prestaciones de salud bucal en acceso.

Por otra parte, tomando en cuenta los aportes de las municipalidades/corporaciones, principalmente en gasto administrativo, el presupuesto aumenta el año 2015, de M\$13.638.570, a M\$15.020.578, y el año 2016 de M\$20.078.754 a M\$22.142.720.

**Cuadro N° 19: Gastos Total del Programa según uso, desagregado en gastos de administración y gastos de producción, período 2013-2016  
M\$ 2017**

AÑO 2015	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH. vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	2.182.275	552.803	2.735.079	18,2%
Otros Gastos	11.456.294	829.205	12.285.500	81,8%
<b>Total</b>	<b>13.638.570</b>	<b>1.382.009</b>	<b>15.020.578</b>	-----
<b>% (Gasto Produc. Vs Admin)</b>	<b>91%</b>	<b>9%</b>	-----	-----

Fuente:

AÑO 2016	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH. vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	2.276.530	825.586	3.102.116	14,0%
Otros Gastos	17.704.933	1.335.671	19.040.604	86,0%
<b>Total</b>	<b>19.981.462</b>	<b>2.161.257</b>	<b>22.142.720</b>	-----
<b>% (Gasto Produc. Vs Admin)</b>	<b>90%</b>	<b>10%</b>	-----	-----

### **II.3.3 Aportes de Terceros<sup>31</sup> (Ver Evaluación Ex-post: Conceptos y Metodologías, III.3 y Anexo II<sup>9</sup>)**

Las Municipalidades/Corporaciones realizan un aporte complementario al recibido del MINSAL, con el fin de garantizar el cumplimiento del programa Acceso en la comuna.

Los recursos que entregan corresponden a 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 Acceso, cuyo monto aproximado alcanzó los M\$2.745.000, 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 con relación al presupuesto del año 2017.

### **II.3.4 Recuperación de Gastos (Ver Evaluación Ex-post: Conceptos y Metodologías, Anexo II<sup>9</sup>)**

Registros de ahorros generados no se dispone, como así también, no se tiene reportes que reflejen detrimento del patrimonio público por mermas o deudas incobrables.

Toda recuperación de gastos se ha realizado conforme a la resolución 30, del 2015, emanada desde de la Contraloría General de la República.

## **II.4. Eficiencia**

### **II.4.1 A nivel de actividades y/o componentes**

Para el cálculo de los indicadores de eficiencia, se usaron como fuente de información los datos obtenidos de los capítulos II.2 Eficacia y Calidad (para cantidades de prestaciones y beneficiarios) y II.3 Economía (para recursos financieros).

De los cinco componentes en estudio, se tiene información para el período completo solo del componente 1. Para el resto de los componentes, la información corresponde a los años 2015 y 2016, la disponibilidad de estos datos es explicada en el capítulo de Eficacia y Calidad. A continuación, se muestran los resultados

#### **Componente 1: Aumento de capacidad resolutive de APS en endodoncia y prótesis**

Se observa una mejora en el rendimiento con una caída de 6,1% en el costo por beneficiario entre 2013 y 2016, básicamente porque, en términos reales, se mantiene estable el aporte (un incremento de 1% real) en tanto que la cantidad de beneficiarios aumenta en casi un 8%.

---

<sup>31</sup> 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.

**Cuadro N° 20: Gasto por beneficiario  
\$ 2017**

Concepto	2013	2014	2015	2016	VAR 2013 a 2016
a. Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)	2.496.926.165	2.502.524.651	2.470.152.147	2.520.536.920	0,95%
b. N° beneficiados	161.077	166.420	166.654	173.245	7,55%
<b>Gasto por beneficiado (a/b)</b>	<b>15.501</b>	<b>15.037</b>	<b>14.822</b>	<b>14.549</b>	<b>(6,14%)</b>

Fuente: Elaboración propia a base de información entregada por el Minsal

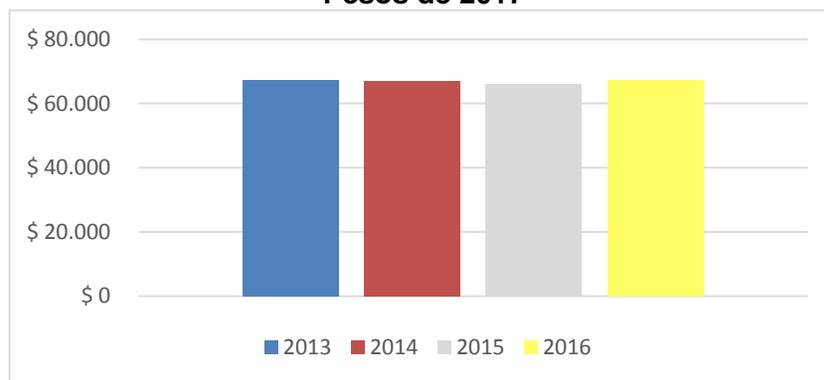
Con relación al costo por servicio otorgado, los niveles se han mantenido estables, a pesar de un leve incremento de la participación de las prótesis (que son más caras), desde un 68% a un 73%, lo que confirma una tendencia positiva en el indicador.

**Cuadro N° 21: Gasto por producto  
Pesos de 2017**

Concepto	2013	2014	2015	2016	VAR 2013 a 2016
a. Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)	2.496.926.165	2.502.524.651	2.470.152.147	2.520.536.920	0,95%
b. N° total de endodoncias y prótesis	37.182	37.427	37.427	37.451	0,72%
<b>Gasto por producto (a/b)</b>	<b>67.154</b>	<b>66.864</b>	<b>65.999</b>	<b>67.302</b>	<b>0,22%</b>

Fuente: Elaboración propia a base de información entregada por el MINSAL

**Figura N° 1 Gasto por producto  
Pesos de 2017**



Fuente: Elaboración propia a base de información entregada por el MINSAL

Al comparar el valor de las prestaciones con la MAI<sup>32</sup> y con un arancel referencial privado (ARP)<sup>33</sup>, se tienen también diferencias estables durante el período en evaluación, específicamente: el costo efectivo

<sup>32</sup> Para prótesis 27-02-008 prótesis metálica. Para endodoncia un promedio de: 27-02-022 endodoncia multirradicular, 27-02-023 endodoncia birradicular y 27-02-024 endodoncia unir radicular.

<sup>33</sup> Para prótesis un promedio de: Prótesis superior. o inferior. parcial de base acrílica y Prótesis superior. o inferior. unilateral base acrílica. Para endodoncia un promedio de: Endodoncia incisivo y caninos vitales, Endodoncia en

es un 2,1% superior al costo de la estimación del MINSAL, un 7,5% superior al costo de la MAI y un 69,5% inferior al del ACCD.

**Cuadro N° 22: Valoración de prestaciones según diferentes aranceles**

Glosa	Cantidad.	Frecuencia.	Valor 2016 <sup>34</sup>	MAI <sup>35</sup>	ARP <sup>36</sup>
<b>Prótesis removible</b>	1	100%	66.797	65.650	249.540
<b>Endodoncia</b>	1	100%	62.691	55.087	156.378

Fuente: Elaboración propia a base de información de Minsal, Fonasa y Colegio de Cirujano Dentistas

Dado que los precios de la MAI y del sector público suelen ser el piso en precio para este tipo de prestaciones y que los valores se encuentran cercanos a estos valores referenciales y que, a su vez, están muy por debajo del arancel referencial tomado, se puede afirmar que estas prestaciones se están otorgando a costos razonables<sup>37</sup>.

## Componente 2: Clínicas dentales móviles

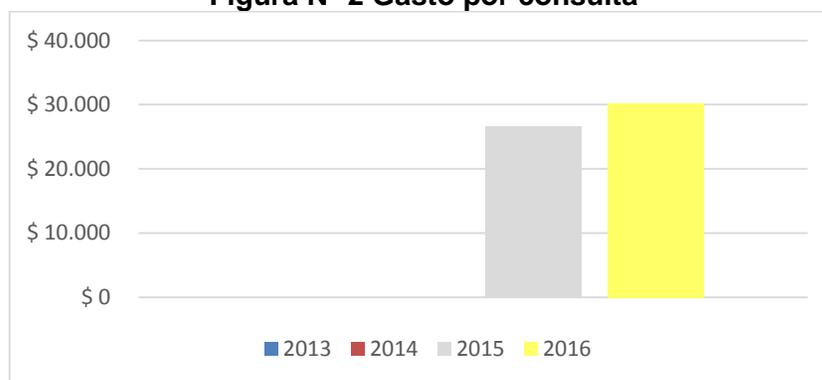
Al considerar el indicador ejecución presupuestaria/Número de consultas se observa un incremento de 13% real entre 2015 y 2016. Este efecto negativo se explica en que el costo se mantiene constante, mientras que la cantidad de consultas cae (13% real).

**Cuadro N° 23: Gasto por consulta  
\$ de 2017**

Concepto	2013	2014	2015	2016	VAR 2015 a 2016
a. Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)	2.946.020.251	2.953.121.738	2.929.377.227	2.926.721.206	(0,09%)
b. N° Consulta	N/D	N/D	109.923	96.812	(11,93%)
<b>Gasto por consulta (a/b)</b>	<b>N/D</b>	<b>N/D</b>	<b>26.649</b>	<b>30.231</b>	<b>13,44%</b>

Fuente: Elaboración propia a base de información entregada por el Minsal

**Figura N° 2 Gasto por consulta**



premolares vitales, Endodoncia en incisivos y caninos vitales, Endodoncia premolares trirradiculares (sin lesión) y Endodoncia en molares superiores vitales

<sup>34</sup> Valor de referencia para el programa del Minsal.

<sup>35</sup> Arancel MAI 2017

<sup>36</sup> Arancel referencial privado, 2017.

<sup>37</sup> Si bien existen otros costos adicionales, no considerados, por ejemplo, la contribución de las municipalidades, estos no alterarían relevantemente la magnitud de los resultados.

### Componente 3: Aumento de cobertura a través de CECOSF

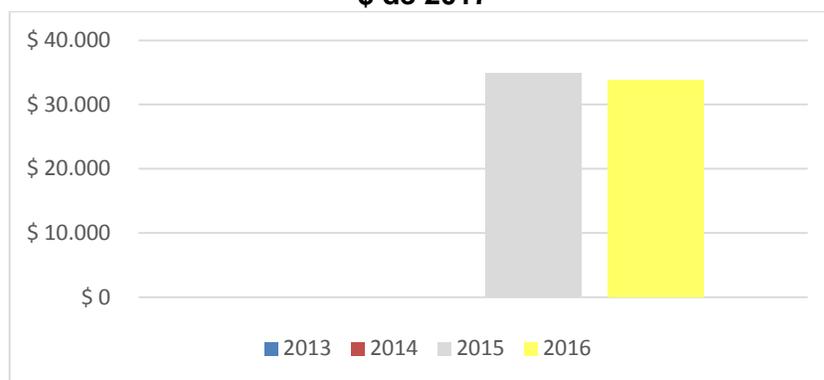
En este componente se tienen dos tipos de prestaciones: con sillón y sin sillón. Al calcular el indicador del gasto en el componente dividido por el número total de prestaciones, se observa que el costo promedio se mantiene prácticamente estable (disminución de casi un 3% real). Bajo el supuesto que el costo de las atenciones con sillón es superior a las sin sillón, y dado que las con sillón aumentan su participación (aunque levemente), se puede presumir una mejora en la eficiencia para este componente.

**Cuadro N° 24: Gasto por beneficiario  
\$ de 2017**

Concepto	2013	2014	2015	2016	VAR 2015 a 2016
a. Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)	2.747.550.182	2.695.115.548	2.675.376.374	2.728.159.517	1,97%
b. N° beneficiados	N/D	N/D	76.849	80.496	4,75%
<b>Gasto por producto (a/b)</b>	<b>N/D</b>	<b>N/D</b>	<b>34.813</b>	<b>33.892</b>	<b>(2,65%)</b>

Fuente: Elaboración propia a base de información entregada por el Minsal

**Figura N° 3 Gasto por Beneficiario  
\$ de 2017**



Fuente: Elaboración propia a base de información entregada por el Minsal

### Componente 4: Extensión horaria

En este caso, para el indicador Gasto total/Número de consultas, se observa que, si bien el gasto se duplica en términos reales, la cantidad de consultas se incrementa sólo en 33%, generando que el indicador tenga un incremento de 53% real, lo que significa una importante caída en el rendimiento de los recursos.

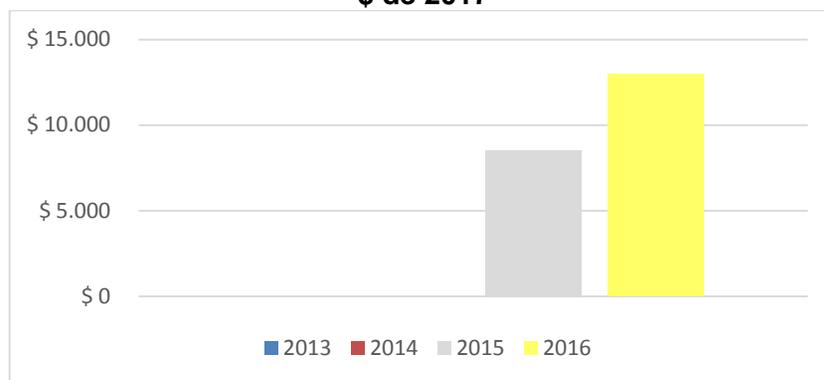
Esto es particularmente importante al observar que, al año 2016, la extensión horaria corresponde a un 37% del presupuesto total devengado por este programa, siendo el mayor de los cinco componentes y no se estaría cumpliendo el objetivo de aumentar la cobertura al duplicar los recursos.

**Cuadro N° 25: Gasto por beneficiario  
\$ de 2017**

Concepto	2013	2014	2015	2016	VAR 2013 a 2016
a. Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)	N/A	N/A	3.697.407.100	7.504.274.571	102,96%
b. N° beneficiados	N/A	N/A	434.950	577.660	32,81%
<b>Gasto por producto (a/b)</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>	<b>8.501</b>	<b>12.991</b>	<b>52,82%</b>

Fuente: Elaboración propia a base de información entregada por el Minsal

**Figura N° 4 Gasto por beneficiario  
\$ de 2017**



Fuente: Elaboración propia a base de información entregada por el Minsal

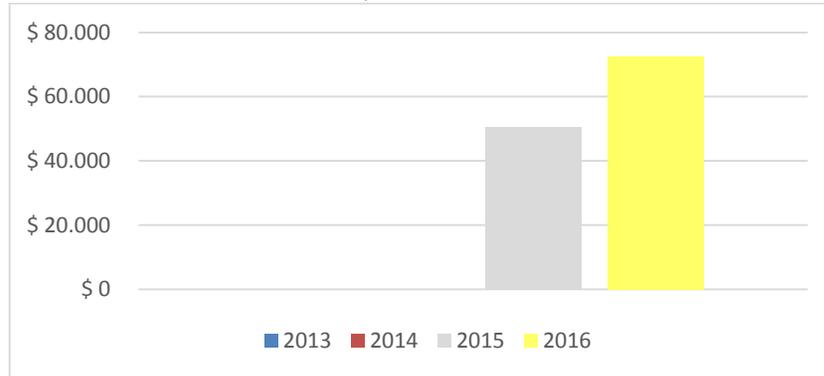
### Componente 5: Atención a alumnos de 4° medio

Para el indicador Gasto en el componente/Altas integrales se observa un fuerte incremento en el costo de casi 44% debido a que el gasto se incrementa en 147% real, mientras que el número de altas se incrementa sólo en 72%; esto en el componente que ocupa el segundo lugar en términos de recursos (casi un 23%) dentro del programa el año 2016. Esta situación se originaría en el no cumplimiento de la meta estimada de altas integrales, lo que se espera resolver con la inclusión de los terceros medios.

**Cuadro N° 26: Gasto por altas  
\$ de 2017**

Concepto	2013	2014	2015	2016	VAR 2013 a 2016
a. Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)	N/A	N/A	1.866.260.472	4.612.457.070	147,15%
b. N° altas	N/A	N/A	36.912	63.462	71,93%
<b>Gasto por producto (a/b)</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>	<b>50.560</b>	<b>72.681</b>	<b>43,75%</b>

**Figura N° 5 Gasto por alta  
\$ de 2017**



En cuanto al nivel del valor de la prestación, se procedió a valorizar la canasta con dos vectores de precios: el de a MAI, como referencia de precios más bajos y el de un arancel referencial privado. Los valores de 2015 se mostraron cercanos al piso, no obstante, se confirma que el costo se escapa en 2016, sin acercarse a los precios privados, pero alejándose del estándar público.

**Cuadro N° 27: Valoración de prestaciones según diferentes aranceles  
\$ de 2017**

Código	Glosa	Ctdad.	Frec.	Valor referencia MAI 2015	Valor total 2014	MAI 2017	ARP 2017
2701013	Examen de salud oral	1	100,00%	3.183	3.287	3.400	20.795
2701001	Aplicación de sellantes	1	10,00%	4.542	469	485	4.159
2701003	Destartraje y pulido coronario	1	80,00%	7.066	5.838	6.048	19.963
2701017	Fluor tópico barniz	1	90,00%	9.280	8.625	8.928	19.963
	Kit Salud Oral	1	100,00%	2.872	2.966	2.966	2.966
2701009	Obturación amalgama	2	80,00%	10.032	16.576	17.152	59.890
2701010	Obturación composite	1	75,00%	9.538	7.387	7.650	34.312
2701016	Obturación Vidrio Ionómero	1	10,00%	5.923	856	885	5.823
2701015	Radiografía retroalveolar y Bite-Wing (por placa)	2	80,00%	2.905	4.799	4.960	10.315
2701005	Exodoncia permanente	1	10,00%	4.120	425	441	4.991
<b>Total \$</b>					<b>51.227</b>	<b>52.915</b>	<b>183.176</b>

#### II.4.2 Gastos de Administración

El porcentaje de administración se mantiene entre un 9-10% del presupuesto del Programa entre los años 2014-2016, monto que proviene casi en su totalidad del soporte municipal.

**Cuadro N° 28: Gastos de Administración 2013-2016  
M\$ 2017**

Año	1.Gastos de Administración del Programa	2.Gastos de Administración Municipalidad/ Corporación	Gasto Total del Programa	% (Gastos Adm.(1+2) / Gasto Total del Programa)
2013				
2014				
2015	0	1.382.009	15.020.578	9%

Año	1.Gastos de Administración del Programa	2.Gastos de Administración Municipalidad/ Corporación	Gasto Total del Programa	% (Gastos Adm.(1+2) / Gasto Total del Programa)
2016	97.291	2.063.966	22.142.722	10%

Este costo de agencia se considera razonable respecto a la magnitud de inversión y soporte que se tiene que otorgar a nivel nacional. El apoyo brindado implica financiar gastos de soporte y servicios básicos, cuya principal fuente de gastos proviene de recursos de la Municipalidad/Corporaciones, según componente de acción que le toca abordar en la comuna.

Un aspecto de eficiencia logrado en el uso de las inversiones en este programa se puede extraer de experiencias en algunas municipalidades/corporaciones que usan el mismo soporte administrativo para la mayoría de componentes, esto implica vehículo, profesionales dentistas, instalaciones, equipamiento, entre otros.

Se estima necesario seguir en esta línea, como política y alineamiento nacional, y que no sea un esfuerzo local, asilado y asociado a voluntades individuales, sino más bien a una práctica institucional.

### III. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL Y RECOMENDACIONES

#### III.1. Conclusiones sobre el desempeño global

Este programa ha sido evaluado en sus cinco componentes. Cuatro de éstos contribuyen a resolver el problema que buscan solucionar, aun cuando no se puede evaluar la participación o medida en que éstos lo hacen, en el contexto global de lo que es la atención odontológica. Se excluye el componente “Móviles dentales para zonas de difícil acceso” ya que no es posible verificar esta contribución, ya que no está cuantificada su actividad en términos de tipo y cantidad de prestaciones ni de número de beneficiados.

A juicio del panel, el programa y sus cinco componentes presentan problemas en cuanto a su diseño, especialmente en los siguientes aspectos:

No se logra visualizar a estos componentes como un todo que complementa en forma orgánica la actividad regular del sector en el área dental: este programa en evaluación y sus 5 componentes, junto con tres otros programas odontológicos PRAPS<sup>38</sup>, las garantías GES en el área odontológica (4 garantías) y el programa de Salud Oral de JUNAEB, se suman a la actividad regular de APS en el área dental y de aquella de especialidades que se realiza en el nivel secundario. Este hecho a juicio del panel es una dispersión y fragmentación en la ejecución de una política pública que atenta contra su eficiencia y eficacia. Entre otras razones, porque se involucra a un sector, el de educación a través del MINEDUC en la resolución de este problema de salud pública, lo cual implicaría que para que sean sinérgicos, requeriría de un alto nivel de coordinación y acción conjunta, esto en el ámbito de acuerdos, pero, sobre todo, en el trabajo e implementación de los programas en terreno.

Aun cuando se evidencia que al menos 4 de sus componentes generan actividad, no es posible garantizar que esta sea un incremento respecto de la actividad regular de la APS financiada con per cápita, y que esta mayor actividad esté acorde a los recursos entregados. Hay un tema de diseño que no ha considerado la relevancia de este aspecto.

<sup>38</sup> Los tres programas son: Sembrando Sonrisas y Más Sonrisas para Chile ambos evaluados y el programa “HER: Hombres de Escasos Recurso” que no está siendo evaluado.

En cuanto a la focalización, no hay criterios definidos para priorizar a determinado grupo dentro de lo que ha sido definido como población objetivo. Se deriva de este hecho, que la asignación de recursos que se realiza por comuna puede tener un carácter discrecional, ya que no hay una norma que defina los criterios para llevar a cabo esta distribución. Estos criterios pudieran considerar nivel de pobreza de la comuna, cantidad de pacientes en listas de espera, ruralidad, nivel educacional, entre otros criterios que han sido identificados como factores de inequidad en los niveles de salud oral y acceso.

Se considera que el diseño en cuanto a seguimiento es insuficiente o inexistente como en el 2º componente, así como el uso de indicadores para objetivar el desempeño, los cuales debieran a juicio del panel incluir la actividad adicional que se genera a través de éstos, la reducción de listas de espera y los resultados de la focalización.

La gestión del programa implica una carga administrativa muy importante, la cual, a juicio del panel, pudiera simplificarse en la medida que se estructuren más orgánicamente las diferentes y múltiples estrategias que se aplican en el área odontológica. Esto hace referencia a lo señalado en el punto 1 de este análisis.

El concepto de simplificación dice relación con el considerar la incorporación de algunas actividades de componentes que pudieran ser parte de la actividad regular que lleva a cabo la APS y no como PRAPS, según se ha argumentado en el capítulo de justificación del programa. Esto incide en el punto allí desarrollado respecto de una continuidad en las estrategias de salud oral en cuanto cubrir de mejor forma los distintos grupos etarios y reducir la superposición de programas que se evidencia.

A continuación, se detallan otros aspectos del diseño por componente:

Para el caso de 1º componente, el programa no garantiza que efectivamente sean pacientes en listas de espera los que se atienden. Esto es relevante, ya que el programa está justamente orientado a resolver dichas listas de espera. De igual forma debiera focalizarse en paciente con mayor grado de daño, los que debieran aplicarse también al cuarto componente.

En el caso del 2º componente, hay una serie de elementos y resultados esperados que no tienen verificación: medición de actividad realizada acorde a los recursos entregados; focalización en las poblaciones para las cuales está dirigido; uso adecuado de los recursos para los fines que se plantean.

3º componente: la actividad preventiva educacional se describe como elemento central de la existencia del mismo, sin embargo, no está cuantificada. Por su parte, se dan superposiciones con otros programas y componentes, lo cual hace aún más relevante el definir los criterios de focalización.

5º componente: Es posible que ocurra el descreme de pacientes con el actual diseño, que tiene una sola canasta y se compra prestaciones a privados.

El presupuesto del programa, incluyendo el aporte municipal, experimento un incremento del 95% entre 2015-2017, con un monto de M\$15.020.578, y M\$29.367.592, respectivamente, cuyos recursos financieros del Programa hoy formaría parte de un 1,74% 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 2015-2016, lo que evidencia el nivel alto de uso de recursos para asegurar las prestaciones de salud bucal en acceso.

Los gastos de transferencias han ido en aumento desde 73% del presupuesto el 2015 (M\$10.038.869), al 81% el año 2016 (M\$16.306.613), por su parte, los gastos para contratación de los profesionales y técnicos odontológicos han aumentado en un 4,3%, 2015 (M\$2.182.275) – 2016 (M\$2.276.530), y la disminución de un 1,4% la compra de bienes y servicios para la adquisición de suministros de producción, 2015 (M\$1.417.426) – 2016 (M\$1.398.320). Los gastos de producción bajan levemente de un 91% (2015) al 90%(2016), y el gasto de administración aumenta levemente de 9% (2015), a 10%( 2016)

Registros de ahorros generados no se dispone, como así también, no se tiene reportes que reflejen detrimento del patrimonio público por mermas o deudas incobrables.

### **III.2. RECOMENDACIONES**

- A juicio del panel, las diferentes estrategias provenientes de MINSAL como PRAPS y aquella que lleva a cabo JUNAEB, debieran ser analizadas dentro del contexto de las actividades que ofrece el Plan de Salud Familiar de la APS financiado por el per cápita y las actividades que se realizan en el nivel secundario.

Todo ello con el propósito de encontrar alternativas o una solución integral que:

- Evite la existencia de estrategias orientadas a los mismos grupos etarios y/o problemas de salud oral, es decir, las superposiciones que hoy se evidencian
- Garantice la continuidad en las actividades educativas, de control y tratamiento de la población parvularia, infantil y adolescente.
- No genere duplicidad de esfuerzos en áreas que son muy similares, a través de la implementación de diferentes programas o componentes
- Garantice que se logre la focalización en poblaciones más vulnerables
- Garantice la focalización en las acciones sanitarias que más demanda tienen y que estén validadas internacionalmente y por el MINSAL en su rol de autoridad sanitaria
- Incorpore áreas de alta demanda insatisfecha como la ortodoncia
- Genere economías de escala y facilite la implementación de los programas, así como los mecanismos de seguimiento y evaluación.

A continuación, se desarrollan algunos aspectos destacados:

El nuevo diseño debe orientar que los recursos destinados efectivamente se traduzcan en un incremento de la actividad y que no se traslade la actividad a realizar en forma regular, a una actividad financiada a través de PRAPS. No existe evidencia de que esto ocurra, pero el diseño no lo impide; este elemento se plantea en un escenario en donde los recursos que se entregan a la APS son declarados insuficientes por los alcaldes en forma histórica, para cubrir las actividades que deben realizar a través del Plan de Salud Familiar.

El nuevo diseño debe evitar la multiplicidad de componentes que finalmente tienen un objetivo común, con lo cual se simplifica la tarea administrativa asociada, que es una de las debilidades observadas en el proceso de gestión.

Concebir en el nuevo diseño, la existencia de canastas diferenciadas de acuerdo con complejidad de la atención a realizar, especialmente cuando se compra a privados. Esto se plantea ya que como se señala, hay compra a privados para la resolución de problemas de salud oral que pueden ser de diferente complejidad y se pagan a un solo precio, lo cual puede inducir al descreme de

pacientes, favoreciendo la atención de los menos complejos. El diseñar canasta diferenciadas de acuerdo con complejidad / costo de las prestaciones, evita que este fenómeno se dé.

Otra de las formas de evitar el descreme es promover la realización de los PRAPS con recursos humanos y utilizando la infraestructura de la municipalidad, evitando la compra a privados, ya que se considera que esto, además del descreme, altera el modelo de salud familiar que constituye parte de la política pública en salud, donde el paciente y las familias tienen su referente para salud en la red APS.

Establecer criterios de “nivel de daño” en la focalización dentro de determinados grupos, particularmente en el componente primero y cuarto, donde dicha focalización no se da en forma explícita.

Establecer mecanismos de garantía de calidad en los convenios que se suscriben con las municipalidades y SS, esto en cuanto recurso humano a contratar, insumos a ser utilizados, entre otros.

Establecer los mecanismos de seguimiento de la actividad que realiza la APS y SS en convenio, utilizando indicadores que permitan objetivar el cumplimiento en sus diferentes aspectos, particularmente en cuanto a la efectiva participación en la resolución de las listas de espera en caso que corresponda, el incremento real de la actividad observado con la ejecución del componente y el registro de los beneficiados con RUT, a modo de poder cuantificar no sólo la actividad realizada sino también los beneficiarios efectivos .

Evaluar mecanismos alternativos al planteado en el 2º componente para permitir el acceso a población rural a la atención dental. En este aspecto cabe considerar por ejemplo la existencia de centros asistenciales que se refuerzan en determinados períodos en los cuales la población es trasladada para su atención, lo cual pudiera estar limitado por la infraestructura. Otra alternativa es situar móviles dentales con mayor número de sillones en determinadas ciudades o poblados rurales hacia los cuales converge la población a ser atendida.

#### IV. BIBLIOGRAFÍA

- Índice de Actividad de Atención Primaria 2016 Orientación técnica y metodología de evaluación DIVAP
- Diagnóstico Nacional de Salud Bucal en niños y niñas de 2 a 4 años que participan en la educación parvularia Chile 2007 – 2010 Informe Consolidado MINSAL 2012
- Programa de Salud Familiar y Comunitaria DIVAP OPS 2012
- Informe Final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible MINSAL / PUC 2008
- Informe final de evaluación: programa vida sana. Intervenciones en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en niños, adolescentes, adultos y mujeres postparto. Ministerio de salud subsecretaría de redes asistenciales 2016
- Estrategia Nacional de Salud 2011- 2020
- Encuesta de Salud Chile 2003 MINSAL
- Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010 MINSAL
- Diagnóstico de Situación de Salud Bucal en Chile 2012 MINSAL
- Salud Oral en Adolescentes de 10 a 19 años. Guías Clínicas MINSAL 2013
- Chile Crece Contigo: Cuatro años creciendo juntos. Memoria 2006 – 2010
- Metodología de preparación, evaluación y priorización de proyectos APS. División de Evaluación Social de Inversiones. MIDESO 2013
- Aspectos sobre la medición del impacto de la caries dental en la calidad de vida de las personas: Artículo de revisión Bearing impact measure of the dental caries in the quality of life: Review article Marró Freitte ML, Candiales de Castillo YM, Cabello Ibacache R, Urzúa Araya I3, Rodríguez Martínez G Dental Interventions to prevent caries in children SIGN 138 March 2014 Health Improvemente Scotland.
- Probiotic Compared with Standard Milk for High-caries Children: A Cluster Randomized Trial G. Rodríguez, B. Ruiz, S. Faleiros, A. Vistoso, M.L. Marró, J. Sánchez, I. Urzúa, and R. Cabello Downloaded from jdr.sagepub.com at International Association for Dental Research on January 12, 2016 © International & American Associations for Dental Research 2016
- RESEARCH ARTICLE A Systematic Map of Systematic Reviews in Pediatric Dentistry—What Do We Really Know? Ingegerd A. Mejåre1\*, Gunilla Klingberg2, Frida K. Mowafi1, Christina Stecksén-Blicks3, Svante H. A. Twetman4, Sofia H. Tranæus PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0117537 February 23, 2015
- Artículos originales: programas de salud y nutrición sin política de estado: el caso de la promoción de salud escolar en Chile. Judith Salinas C., Fernando Vio del R.Laboratorio de Epidemiología Nutricional y Genética. Rev Chil Nutr Vol. 38, Nº2, Junio 2011
- Prevention in practice – a summary. Stephen Birch1,2, Colette Bridgman3, Paul Brocklehurst4, Roger Ellwood5,6, Juliana Gomez7, Michael Helgeson8, Amid Ismail9, Richard Macey10, Angelo Mariotti11, Svante Twetman12, Philip M Preshaw13, Iain A Pretty14\*, Helen Whelton15 Birch et al. BMC Oral Health 2015, 15(Suppl 1):S12 <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/15/S1/S12>
- REVIEW A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries
- Pamela Margaret Leong, Mark Gregory Gussy, Su-Yan I. Barrow, Andrea De silva-Sanigorski & Elizabeth Waters Jack Brockoff Child health & wellbeing program & Mccaughey Centre, International Journal of Pediatric Dentistry 2013; 23: 235–250 DOI: 10.1111/j.1365-263X.2012.01260.x 2012

- Experiencia y Significado del Proceso de Edentulismo de Adultos Mayores, Atendidos en un Consultorio del Servicio Público Chileno Von Marttens A1, Carvajal JC2, Leighton Y3, von Marttens MI4, Pinto L5 Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabíl. Oral Vol. 3(1); 27-33, 2010.
- Estudio de prevalencia, índice significativo, severidad de caries y distribución de lesiones por diente y superficie, en niños de 2 a 3 años pertenecientes a jardines infantiles integra de la región metropolitana. Beatriz Del Carmen Belmar Rebolledo. Universidad de Chile Facultad de Odontología 2015
- Beyond the dmft The human and economic cost of early childhood caries. Paul S. Casamassimo, DDS, MS; Sarat Thikkurissy, DDS, MS; Burton L. Edelstein, DDS, MPH; Elyse Maiorini, BS © 2011 American Dental Association.
- Research Article Dental Caries Prevalence and Tooth Loss in Chilean Adult Population: First National Dental Examination Survey I. Urzua, C.Mendoza, O. Arteaga, G. Rodríguez, R. Cabello, S. Faleiros, P. Carvajal, A.Muñoz, I. Espinoza, W. Aranda and J. Gamonal International Journal of Dentistry Volume 2012, Article ID 810170, 6 pages doi:10.1155/2012/810170
- Caries Epidemiology and Community Dentistry: Chances for Future Improvements in Caries Risk Groups. Outcomes of the ORCA Saturday Afternoon Symposium, Greifswald, 2014. Part 1 Christian H. Splieth a Jette Christiansen b Lyndie A. Foster Page c Caries Res 2016;50:9–16 DOI: 10.1159/000442713
- Research article: A Systematic Map of Systematic Reviews in Pediatric Dentistry—What Do We Really Know? Ingegerd A. Mejåre, Gunilla Klingberg, Frida K. Mowafi, Christina Stecksén-Blicks, Svante H. A. Twetman, Sofia H. Tranæus Swedish Council on Health Technology Assessment, PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0117537 February 23, 2015
- Should Deciduous Teeth be Restored? Reflections of a Cariologist Dent Update 2012; 39
- Orientación técnica Programa Mejoramiento del Acceso 2015
- Res Ex 1217 Programa de mejoramiento del acceso a la atención odontológica 30-12-2015
- RES EX 982 Prog. Mejoramiento de acceso Sept 2016
- Res Ex 1159 mejoramiento acceso atención odontológica 2015 APS 19112014 Resolución 590 Modificatoria Mejoramiento del Acceso Mayo 2016
- Informe Final Diagnóstico de la Cobertura a 750 metros para la Atención Odontológica en jóvenes de Cuarto año de Educación Media y Proyección año 2016. V&C Consultores Ltda. Contraparte Técnica: José Villarroel de la Sotta Gissela Jara Bahamondes. Santiago, Julio 2015
- Diagnóstico de la oferta de atención odontológica para la meta presidencial de atención de estudiantes de cuarto año de educación media 2015. Consultores: Pedro Ignacio Villarroel Vásquez Jetro Ismael Contreras Silva Contraparte Técnica: José Emilio Villarroel de la Sotta, Ministerio de Salud. Marzo 2015
- Programa Odontológico Integral
- Presentación Evaluación de Impacto Más Sonrisas para Chile 2014 DIVAP
- Orientación Técnica Programa Odontológico Integral 2016 / 2015 / 2014
- Exenta 1190 Programa Odontológico Integral 2014
- Exenta 1157 Programa Odontológico Integral 2015
- Exenta 06 Programa Odontológico Integral 2013
- Exenta 1254 Programa Odontológico Integral 2016
- EX ANTE reformulación Programa Odontológico Integral
- Situación actual desdentamiento en Chile. MINSAL 2017 Dra. Guisela Jara B.

## V. ENTREVISTAS REALIZADAS

<b>Fecha</b>	<b>Participantes</b>
18/01	DIPRES ambas contrapartes
23/01	MINSAL
02/02	MINSAL
11/02	MINSAL
27/02	MINSAL - JUNAEB
07/03	MINSAL
08/03	MINSAL
14/03	MINSAL
29/03	MINSAL
11/04	DIPRES ambas contrapartes
02/06	MINSAL
05/06	MINSAL
30/06	MINSAL

# **ANEXOS**

**Anexo 2(a): Matriz de Evaluación del Programa**

**Cuadro N° 30: Matriz de Marco Lógico**

**NOMBRE DEL PROGRAMA:** Programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica  
**AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA:** 2011  
**MINISTERIO RESPONSABLE:** MINISTERIO DE SALUD  
**SERVICIO RESPONSABLE:** SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES, DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA  
**OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA:**

**Fin:**

Contribuir a mejorar el acceso de la población a la atención odontológica en la APS.

**Propósito:**

Aumentar la cobertura y disminuir la demanda insatisfecha en la atención odontológica principalmente curativa de grupos más vulnerables a través de estrategias de reforzamiento de la APS.

**Componente 1**

Aumentar la capacidad resolutiva de APS en las especialidades de endodoncia y prótesis removibles para la población adulta.

<b>Indicadores</b>			
<b>Dimensión/Ámbito de Control: Enunciado</b>	<b>Fórmula de cálculo</b>	<b>Fuente</b>	<b>Supuestos</b>
Eficacia/Resultado: Cumplimiento de metas en endodoncias	$\left( \frac{\text{Nº total endodoncias piezas anteriores, premolares y molares del componente realizadas en APS/}}{\text{Nº total de endodoncias comprometidas en APS}} \right) * 100$	REM A09 / Planillas de asignación de recursos	
Eficacia/Resultado: Cumplimiento de metas en prótesis removible	$\left( \frac{\text{Nº total prótesis removibles realizadas en APS}}{\text{Nº total de prótesis removibles del componente comprometidas en APS}} \right) * 100$	REM A09 / Planillas de asignación de recursos	
Eficacia/Producto: Cobertura del Programa	$\left( \frac{\text{Nº de prótesis removibles realizadas por este componente/}}{\text{Total de prótesis removibles realizados por la red pública (incluyendo otros Programas de Reforzamiento de la APS)}} \right) * 100$	REM A09	
Eficacia/Resultado: Reducción de listas de espera	$\left( \frac{\text{Nº de pacientes LE inicio del año}}{\text{Nº pacientes en Listas de Espera a finales del año}} - 1 \right) * 100$	Repositorio Listas de Espera	
Eficacia/Resultado: Incremento de atenciones que produce el Programa	$\left( \frac{\text{Nº total de atenciones APS y Programa en endodoncia y prótesis removible año 2016}}{\text{Nº total de atenciones APS y Programa en endodoncia y prótesis removible año 2015}} - 1 \right) * 100$	REM A09	

	Nº total de atenciones APS y Programa en endodoncia y prótesis removible año 2013		
Economía / Proceso: % de presupuesto ejecutado	$\left( \frac{\text{Presupuesto devengado}}{\text{Presupuesto programado}} \right) * 100$	Planilla de gastos y resolución de presupuesto	Incluye ppto MINSAL y Municipal
Eficiencia/Producto: Gasto por producto	$\left( \frac{\text{Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)}}{\text{Nº total de endodoncias y prótesis}} \right) * 100$	Planilla de gastos y resolución de presupuesto	

### Componente 2

#### Facilitar el acceso a la atención odontológica a poblaciones rurales y de alta vulnerabilidad a través del uso de clínicas dentales móviles

Eficacia / Producto	$\left( \frac{\text{Nº total de actividades recuperativas realizadas en clínica dental móvil año actual}}{\text{Nº total de horas sillón disponibles en clínica dental móvil año actual x 2}} \right) * 100$	DEIS	
Economía / Proceso: Ejecución presupuestaria	$\left( \frac{\text{Presupuesto devengado}}{\text{presupuesto programado}} \right) * 100$	Planilla de gastos y resolución de presupuesto	Incluye ppto MINSAL y Municipal
Eficacia/Resultado: Incremento de costos del Programa	$\left( \frac{\text{Costo promedio por consulta año t/}}{\text{Costo promedio por consulta año 2013}} - 1 \right) * 100$		
Eficiencia/Proceso: Gasto por producto (tomando ejecución presupuestaria sin gasto administrativo)	$\left( \frac{\text{Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)}}{\text{Nº consultas}} \right) * 100$		
Eficiencia/Producto: Uso de móviles	$\left( \frac{\text{Nº total de días con uso de móviles al año}}{\text{Nº total de días potenciales de uso de móviles}} \right) * 100$		
Eficiencia/Producto: Gasto por producto	$\left( \frac{\text{Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)}}{\text{Nº beneficiados}} \right) * 100$		

### Componente 3

#### Aumentar la cobertura de actividades de prevención de daño y altas integrales a través de su aplicación en CECOSF a población menor de 20 años, no cubierta por otros programas específicos.

Eficacia/Producto: Cumplimiento del programa	$\left( \frac{\text{Nº de altas odontológicas a menores de 20 años realizadas en CECOSF}}{\text{Población menor de 20 años asignada en CECOSF}} \right) * 100$	DEIS	
Eficacia/Producto: Cumplimiento del programa	$\left( \frac{\text{Nº de Aplicaciones de flúor barniz a menores de 20 años realizadas en CECOSF}}{\text{Población menor de 20 años asignada en CECOSF}} \right) * 100$	DEIS	

	Población menor de 20 años asignada en CECOSF		
Eficacia/Resultado: Incremento de atenciones que produce el Programa	$( \frac{\text{Costo promedio por paciente año 2016}}{\text{Costo promedio por paciente año 2013}} - 1 ) * 100$	Planilla de gastos y resolución de presupuesto	Incluye ppto MINSAL y Municipal
Economía / Proceso: Ejecución presupuestaria	$( \frac{\text{Presupuesto devengado}}{\text{Presupuesto programado}} ) * 100$		
Eficiencia/Proceso: Gasto por producto (tomando ejecución presupuestaria sin gasto administrativo)	$( \frac{\text{Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)}}{\text{Nº beneficiados}} ) * 100$		

#### Componente 4

#### Atención Odontológica de Morbilidad en personas de 20 años y más en extensión horaria en la APS

Eficacia/Producto: Cumplimiento del programa	$( \frac{\text{Nº de consultas realizadas en extensión horaria}}{\text{Nº total de consultas de morbilidad comprometidas}} ) * 100$	REM A09 / Planillas de asignación de recursos	Denominador: 1920 consultas por hora adicional
Eficacia / Resultado: Incremento de atenciones que produce el programa	$( \frac{\text{Nº total de atenciones APS y Programa en año 2016}}{\text{Nº total de atenciones APS y Programa año 2013}} ) * 100$	REM A09	
Eficiencia/Producto: Rendimiento de las horas	$( \frac{\text{Nº Total de consultas}}{\text{Nº total de horas extras}} ) * 100$		
Economía / Proceso: Ejecución presupuestaria	$( \frac{\text{Presupuesto devengado}}{\text{Presupuesto programado}} ) * 100$	Planilla de gastos y resolución de presupuesto	Incluye ppto MINSAL y Municipal
Eficiencia/Proceso: Gasto por producto (tomando ejecución presupuestaria sin gasto administrativo)	$( \frac{\text{Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)}}{\text{Nº Consultas}} ) * 100$		

#### Componente 5

#### Atención Odontológica Integral a Estudiantes de Cuarto Año de Educación Media en APS y establecimientos educacionales

Eficacia/Producto: Cumplimiento del Programa	$( \frac{\text{Nº total de altas odontológicas integrales en estudiantes de cuarto año de educación media realizadas}}{\text{Nº total de Altas odontológicas integrales en estudiantes de cuarto año de educación media comprometidas}} ) * 100$	REM A09 / Planillas de asignación de recursos	
---	--	---	--

Eficacia / Resultado: Incremento de atenciones que produce el programa	$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ total de atenciones APS y Programa en año 2016}}{\text{N}^\circ \text{ total de atenciones APS y Programa año 2013}} - 1 \right) * 100$	REM A09	
Economía / Proceso: Ejecución presupuestaria	$\left( \frac{\text{Presupuesto devengado}}{\text{Presupuesto programado}} \right) * 100$	Planilla de gastos y resolución de presupuesto	Incluye ppto MINSAL y Municipal
Eficiencia/Proceso: Gasto por producto (tomando ejecución presupuestaria sin gasto administrativo)	$\left( \frac{\text{Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)}}{\text{N}^\circ \text{ altas}} \right) * 100$	Planilla de gastos y resolución de presupuesto REM A09	

## Anexo 2(b): Medición de indicadores Matriz de Evaluación del programa, período 2013-2016

**Cuadro N° 31: Indicadores**

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: Programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica</b>					
<b>Eficiencia/Producto: Gasto por producto</b>					
<b>SERVICIO RESPONSABLE: SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES, DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>					
<b>Eficiencia/Producto: Gasto por producto</b>					
<b>Contribuir a mejorar el acceso de la población a la atención odontológica en la APS.</b>					
<b>Propósito:</b>					
<b>Aumentar la cobertura y disminuir la demanda insatisfecha en la atención odontológica principalmente curativa de grupos más vulnerables a través de estrategias de reforzamiento de la APS.</b>					
<b>Componente 1</b>					
<b>Aumentar la capacidad resolutive de APS en las especialidades de endodoncia y prótesis removibles para la población adulta.</b>					
<b>Indicadores</b>		<b>Evolución de Indicadores</b>			
<b>Dimensión/Ámbito de Control</b>	<b>Fórmula de cálculo</b>	<b>Cuantificación</b>			
<b>Enunciado</b>		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Eficacia/Resultado: Cumplimiento de metas en endodoncias	$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ total endodoncias piezas anteriores, premolares y molares del componente realizadas en APS/}}{\text{N}^\circ \text{ total de endodoncias comprometidas en APS}} * 100$	109%	115%	118%	116%

Eficacia/Resultado: Cumplimiento de metas en prótesis removible	$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ total prótesis removibles realizadas en APS}}{\text{N}^\circ \text{ total de prótesis removibles del componente comprometidas en APS}} \right) * 100$	112%	109%	116%	119%
Eficacia/Producto: Cobertura del Programa	$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de prótesis removibles realizadas por este componente/}}{\text{Total de prótesis removibles realizados por la red pública (incluyendo otros Programas de Reforzamiento de la APS)}} \right) * 100$	N/D	N/D	N/D	N/D
Eficacia/Resultado: Reducción de listas de espera	$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes LE inicio del año}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes en Listas de Espera a finales del año}} - 1 \right) * 100$	(34,59%)	(45,06%)	(42,28%)	(47,47%)
Eficacia/Resultado: Incremento de atenciones que produce el Programa	$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ total de atenciones APS y Programa en endodoncia y prótesis removible año 2016}}{\text{N}^\circ \text{ total de atenciones APS y Programa en endodoncia y prótesis removible año 2013}} - 1 \right) * 100$	N/D	N/D	N/D	N/D
Economía / Proceso: % de presupuesto ejecutado	$\left( \frac{\text{Presupuesto devengado}}{\text{Presupuesto programado}} \right) * 100$	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Eficiencia/Producto: Gasto por producto	$\left( \frac{\text{Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)}}{\text{N}^\circ \text{ total de endodoncias y prótesis}} \right) * 100$	67.154	66.864	65.999	67.302

## Componente 2

### Facilitar el acceso a la atención odontológica a poblaciones rurales y de alta vulnerabilidad a través del uso de clínicas dentales móviles

Eficacia / Producto	$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ total de actividades recuperativas realizadas en clínica dental móvil año actual}}{\text{N}^\circ \text{ total de horas sillón disponibles en clínica dental móvil año actual x 2}} \right) * 100$	N/D	N/D	135%	114%
Economía / Proceso: Ejecución presupuestaria	$\left( \frac{\text{Presupuesto devengado}}{\text{presupuesto programado}} \right) * 100$	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Eficacia/Resultado: Incremento de costos del Programa	$\left( \frac{\text{(Costo promedio por consulta año t/}}{\text{Costo promedio por consulta año 2013}} - 1 \right) * 100$	N/D	N/D	N/D	N/D
Eficiencia/Proceso: Gasto por producto (tomando ejecución presupuestaria sin gasto administrativo)	$\left( \frac{\text{Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)}}{\text{N}^\circ \text{ consultas}} \right) * 100$	N/D	N/D	26.649	30.231
Eficiencia/Producto:	$\left( \text{N}^\circ \text{ total de días con uso de móviles al año} \right) * 100$	N/D	N/D	N/D	N/D

Uso de móviles	Nº total de días potenciales de uso de móviles					
Eficiencia/Producto: Gasto por producto	$\left( \frac{\text{Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)}}{\text{Nº beneficiados}} \right) * 100$	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

### Componente 3

**Aumentar la cobertura de actividades de prevención de daño y altas integrales a través de su aplicación en CECOSF a población menor de 20 años, no cubierta por otros programas específicos.**

Eficacia/Producto: Cumplimiento del programa	$\left( \frac{\text{Nº de altas odontológicas a menores de 20 años realizadas en CECOSF}}{\text{Población menor de 20 años asignada en CECOSF}} \right) * 100$	N/D	N/D	84%	31%
Eficacia/Producto: Cumplimiento del programa	$\left( \frac{\text{Nº de Aplicaciones de flúor barniz a menores de 20 años realizadas en CECOSF}}{\text{Población menor de 20 años asignada en CECOSF}} \right) * 100$	18%	N/D	27%	69%
Eficacia/Resultado: Incremento de atenciones que produce el Programa	$\left( \frac{\text{Costo promedio por paciente año 2016}}{\text{Costo promedio por paciente año 2013}} - 1 \right) * 100$	N/D	N/D	N/D	N/D
Economía / Proceso: Ejecución presupuestaria	$\left( \frac{\text{Presupuesto devengado}}{\text{Presupuesto programado}} \right) * 100$	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Eficiencia/Proceso: Gasto por producto (tomando ejecución presupuestaria sin gasto administrativo)	$\left( \frac{\text{Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)}}{\text{Nº beneficiados}} \right) * 100$	N/D	N/D	34.813	33.892

### Componente 4

**Atención Odontológica de Morbilidad en personas de 20 años y más en extensión horaria en la APS**

Eficacia/Producto: Cumplimiento del programa	$\left( \frac{\text{Nº de consultas realizadas en extensión horaria}}{\text{Nº total de consultas de morbilidad comprometidas}} \right) * 100$	N/A	N/A	63%	63%
Eficacia / Resultado: Incremento de atenciones que produce el programa	$\left( \frac{\text{Nº total de atenciones APS y Programa en año 2016}}{\text{Nº total de atenciones APS y Programa año 2013}} \right) * 100$	N/A	N/A	Pendiente	Pendiente
Eficiencia/Producto: Rendimiento de las horas	$\left( \frac{\text{Nº Total de consultas}}{\text{Nº total de horas extras}} \right) * 100$	N/A	N/A	N/D	N/D
Economía / Proceso: Ejecución presupuestaria	$\left( \frac{\text{Presupuesto devengado}}{\text{Presupuesto programado}} \right) * 100$	N/A	N/A	100%	100%

Eficiencia/Proceso: Gasto por producto (tomando ejecución presupuestaria sin gasto administrativo)	$\left( \frac{\text{Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)}}{\text{Nº Consultas}} \right) * 100$	N/D	N/D	8.501	12.991
---	---	-----	-----	-------	--------

**Componente 5**

**Atención Odontológica Integral a Estudiantes de Cuarto Año de Educación Media en APS y establecimientos educacionales**

Eficacia/Producto: Cumplimiento del Programa	$\left( \frac{\text{Nº total de altas odontológicas integrales en estudiantes de cuarto año de educación media realizadas}}{\text{Nº total de Altas odontológicas integrales en estudiantes de cuarto año de educación media comprometidas}} \right) * 100$	N/A	N/A	102%	82%
Eficacia / Resultado: Incremento de atenciones que produce el programa	$\left( \frac{\text{Nº total de atenciones APS y Programa en año 2016}}{\text{Nº total de atenciones APS y Programa año 2013}} - 1 \right) * 100$	N/A	N/A	Pendiente	Pendiente
Economía / Proceso: Ejecución presupuestaria	$\left( \frac{\text{Presupuesto devengado}}{\text{Presupuesto programado}} \right) * 100$	N/A	N/A	100%	100%
Eficiencia/Proceso: Gasto por producto (tomando ejecución presupuestaria sin gasto administrativo)	$\left( \frac{\text{Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)}}{\text{Nº altas}} \right) * 100$	N/A	N/A	50.560	72.681

## Anexo 2(c): Análisis de diseño del programa

Este programa ha sido rediseñado en cuanto a sus componentes, en acuerdo con DIPRES y el MINSAL, agrupando en él todos aquellos que tienen relación con mejorar el acceso a la atención como elemento central y que se encontraban previamente adscritos a diferentes programas. Todos los componentes tienen en común los criterios de ser Programas de Reforzamiento de la APS (PRAPS)

### A. Relaciones de causalidad de los objetivos del programa (Lógica Vertical)

Su objetivo a nivel de fin es *“Contribuir a mejorar el acceso de la población a la atención odontológica en la APS”* y a nivel de propósito *“Aumentar la cobertura y disminuir la demanda insatisfecha en la atención odontológica principalmente curativa de grupos más vulnerables a través de estrategias de reforzamiento de la APS.”*

El propósito claramente aporta al fin, ya que el aumentar cobertura y reducir la demanda insatisfecha son expresiones de un mejor acceso de la población a la atención de salud. Ambos están bien fundamentados a partir de dos elementos que han sido descritos en la justificación del programa: 1) la existencia de un alto nivel de daño en la salud bucal de la población, la cual se da con importantes gradientes de inequidad, en perjuicio de los grupos más vulnerables, principalmente aquellos caracterizados por pobreza y ruralidad; y 2) la existencia de una demanda insatisfecha que se traduce en importantes listas de espera para la resolución de este tipo de patología en el nivel secundario de atención.

Son cinco sus componentes, los que ameritan un análisis diferenciado:

- El primer y cuarto componente, “Resolución de Especialidades Odontológicas en APS” y “Atención de morbilidad odontológica en extensión horaria” tienen como resultado final la resolución de la patología por la cual consulta el paciente, que puede expresarse en la colocación de una prótesis para el primer caso o en la solución de la patología existente en el segundo. No se concibe como “alta integral” aun cuando eventualmente se llegue a resolver toda ella, especialmente en el primer caso, ya que previo al tratamiento de endodoncia o prótesis, al paciente se le suelen solucionar las otras patologías dentales. Con todo, esta se considera una debilidad de ambos componentes, los que debieran incorporar medidas que permitan garantizar la integralidad en la resolución de la patología bucal del consultante. De esta forma, se podría garantizar que las acciones diseñadas efectivamente resuelvan íntegramente la problemática dental del paciente y, por tanto, logren el objetivo; ello requeriría según la contraparte, una ampliación de la canasta.

Sus objetivos de focalización en la población más vulnerable no están incorporados en su diseño en forma particular, ya que no hace una selección dentro del gran grupo de población que es usuaria de la red pública de salud, específicamente la inscrita en la APS. Esto ya que no se tiene evidencia de que, en el primer componente de especialidades odontológicas, efectivamente se resuelve la situación de personas en listas de espera ni que se priorice a aquellos con problemas más complejos; no existe en el diseño del programa explicitación a este respecto.

En términos de la asignación de recursos orientados a la focalización, esta tampoco se da ya que teóricamente se distribuyen de acuerdo a la cantidad de población beneficiaria por comuna; sin embargo, los criterios de asignación no están definidos en su diseño ni normados, lo cual lleva implícito el riesgo de discrecionalidad por parte de las personas que en determinado momento deciden cómo asignar estos recursos financieros a las diferentes comunas.

En el caso de extensión horaria, se paga por hora efectuada por cada centro asistencial, sin poder verificar que esta actividad se suma a aquella que el establecimiento debe realizar en forma regular, es decir, se verifica el cumplimiento del horario extendido, pero no se establece que la actividad realizada

en ese horario es sumatoria a la que se hace en jornada habitual, dada la continuidad que se da en la atención. Este aspecto ha sido señalado por la contraparte como una debilidad importante del mismo. No hay por tanto en el diseño actual, una forma de garantizar el eficiente y efectivo uso de los recursos destinados a este componente.

- El componente “Acercamiento de la atención odontológica a poblaciones de difícil acceso” a través de móviles dentales tiene un diseño que deja una serie de elementos sin considerar. No se tiene registro de la cantidad de actividad realizada ni del tipo de actividad, con lo cual no hay forma de evaluar si el componente incide en el objetivo de mejorar la salud bucal de la población a la cual está focalizada y en qué medida lo hace. Tampoco permite evaluar la eficiencia en el uso de estos recursos, ni la cobertura del componente. Por su parte, tampoco hay criterios específicos de focalización, ya que los recursos se entregan sin que haya con posterioridad un seguimiento de los sectores donde han sido destinados estos móviles. Los recursos, es decir móviles operativos y recursos necesarios para la atención, es una información que tampoco se conoce. Así, el componente está diseñado en base a una serie de supuestos que no son verificados y respecto de los cuales no se tiene información.

Por otro lado, existen alternativas diferentes para el acercamiento de la atención a poblaciones rurales, entre la cuales está por ejemplo el traslado de las personas a centros habilitados para este tipo de atención en forma transitoria o permanente, por lo cual, los criterios de eficiencia en el diseño de este componente, resultan críticos para evaluar su conveniencia y uso alternativo de los recursos. Se concluye, por tanto, que el diseño del componente es inadecuado e insuficiente. El tema ha sido conversado con la contraparte existiendo apertura a mirar alternativas como las señaladas.

- El tercer componente “Promoción, prevención y recuperación de la salud bucal” que se lleva a cabo en los CECOSF se focaliza en población menor de 20 años con actividades de promoción específica y altas integrales, que son las actividades evaluadas. Sin embargo, la razón de incorporarlos en este tipo de establecimiento tiene por objeto, además de los señalados, el de realizar actividades de educación y promoción en la comunidad, las cuales no son registradas; por tanto, uno de los objetivos declarados no puede ser evaluado.

El diseño no permite garantizar que los recursos entregados signifiquen efectivamente un incremento en la actividad, ya que no hay sistemas de control o registro orientados a ese propósito; es decir, si se agregan a la actividad que la municipalidad realiza en estos centros. Por otro lado, no se dispone de información que permita evaluar la incidencia que este componente tiene en la actividad general que se lleva a cabo en la población menor de 20 años, ya que son varios los programas / componente que cubren parte o el total del mismo grupo etario: 1) Sembrando Sonrisas, 2) Atención a alumnos de 4º medio, 3) Garantías GES para los 6 años, embarazadas y urgencias; 4) Más Sonrisas para Chile. A estos hay que agregar la actividad regular del Plan de Salud Familiar que se lleva a cabo en la APS que incorpora todos los grupos etarios.

Se prevé la apertura en corto plazo de 100 CECOSF nuevos que se integran a la red con sillón dental, lo cual lleva a considerar si el aprovechamiento óptimo de esta infraestructura que permite aumentar considerablemente la oferta no pudiera hacerse con un mecanismo distinto, que simplifique la actual modalidad y procesos que tienen este diseño. Esta simplificación se refiere a que estos recursos pudieran directamente ser aportados al per cápita para el desarrollo de estas actividades en los CECOSF.

- Quinto componente: “Atención odontológica integral de los alumnos de 4º año medio” genera como producto final el “alta integral” del alumno. El diseño original contemplaba sólo alumnos de 4º medio, lo cual se hizo extensivo a los de 3º, dada la imposibilidad de cumplir con las metas a partir de sólo el

grupo de 4º año. Este hecho, a juicio del panel, pudiera ser indicador de la necesidad de revisar la estrategia y diseño del componente, en términos de la receptividad y adherencia que tiene en este grupo etario, la continuidad que efectivamente le da a la atención dental del adolescente, así como buscar potenciar otras estrategias dirigidas a este grupo, como por ejemplo el componente de los CECOSF, en vez de generar un componente adicional. La contraparte señala que los períodos académicos son cortos y que la matrícula disminuye en el correr del año académico, razones que explican la necesidad de incluir a los 3º medios; se visualiza la necesidad de replantearlo.

En el modelo participan móviles dentales y establecimientos de APS, además de clínicas privadas, lo cual dificulta un análisis de la eficiencia de cada una de estas modalidades y de los resultados que se obtienen con cada una, ya que no se dispone de información suficiente. El diseño no incluye criterios de focalización, aunque se ha señalado por parte de la contraparte ministerial, las diferencias encontradas entre el daño de alumnos de zonas rurales vs los de zonas urbana, siendo significativamente mayor en el primer caso, lo cual corroboraría esta necesidad.

En el sentido de la eficiencia de este componente, una parte de las altas integrales la llevan a cabo prestadores privados (individuales o institucionales), donde también es posible que ocurra el descreme de pacientes. Cabe aquí considerar además si la existencia de una sola canasta es adecuada, dada la evidencia empírica que en las zonas rurales el daño es mayor y, por tanto, pudieran requerirse más recursos por paciente atendido.

#### B. Sistema de indicadores del programa (Lógica Horizontal)

Los indicadores que se miden son los siguientes:

Componente 1 Aumento capacidad resolutive: los indicadores utilizados miden el cumplimiento de la actividad comprometida en endodoncia y en prótesis.

Componente 2 Atención en móviles dentales: el indicador que se utiliza relaciona la cantidad de actividad realizada en relación a la cantidad de horas disponible de la clínica dental móvil, utilizando un rendimiento de 2 pacientes por hora.

Componente 3 Actividad en menores de 20 años en CECOSF: se utilizan dos indicadores, cada uno de los cuales mide una actividad respecto de la población objetivo, que son los menores de 20 años que están asignados a cada CECOSF (aplicaciones de flúor barniz y altas odontológicas).

Componente 4 y 5: Atención del adulto en extensión horaria y programa odontológico para estudiantes de 4º medio: en ambos componentes se mide la actividad realizada en relación a la actividad comprometida.

Los indicadores utilizados en los componentes 1, 4 y 5 son exclusivamente de actividad realizada respecto de la comprometida, que son de eficacia respecto del resultado y no constituyen indicadores de cobertura ya que no tratan sobre la población objetivo; no se incluyen otros indicadores de gestión en ninguno de sus dimensiones como calidad, eficacia o economía.

Es de particular interés el conocer si estos componentes efectivamente incrementan la oferta en las áreas correspondientes y en qué medida lo hacen, así como el establecer a qué costo. El análisis de la evolución de los costos por producto permitiría el análisis evolutivo y entregaría orientaciones respecto de medidas que permitan que aquello se realice en forma más eficiente. Para aquellos casos en que el componente tiene entre sus objetivos la reducción de las listas de espera, sería necesario medir la cuantía en que el componente participa en dicha reducción y el comportamiento de éste a través del tiempo.

En el componente 2 se evalúa la utilización de los móviles respecto de la disponibilidad de los mismos, que es un indicador de eficacia respecto del producto, lo cual no resulta de mayor utilidad, si aquello no se

relaciona con la eficiencia en su utilización, que está dado por la cantidad de tiempo en que estos sí están disponibles respecto de los días hábiles del año. En el caso particular los criterios de eficiencia en el uso de estos recursos y los costos asociados son relevantes, ya que permitiría considerar otros mecanismos para obtener el mismo fin, cual es el acercamiento de la atención odontológica a zonas rurales; por ejemplo, el traslado de la población objetivo a los lugares de atención.

En cuanto al componente 3 que trata de la atención en CECOSF tanto en el ámbito preventivo, curativo y promocional, sólo se miden dos aspectos relacionados con la eficacia del producto en el ámbito curativo y preventivo respecto de la población objetivo lo cual los define como indicadores de cobertura. No se tiene registro de las actividades promocionales y si se tiene, no se mide, siendo que es uno de los fundamentos para llevar a cabo este componente justamente en ese tipo de establecimientos. No hay mediciones respecto de la forma en que el componente incide en la mayor cobertura de la atención en este grupo poblacional como un todo y su participación respecto de otros componentes que se focalizan en el mismo grupo etario (Componente 5), la eventual reducción en las listas de espera ni de la eficiencia en el uso de los recursos y su evolución en el tiempo.

### **Anexo 3: Procesos de Producción, Organización y Gestión del Programa**

#### **A. Procesos de Producción**

En el proceso de producción de este programa intervienen los siguientes actores principales:

- Ministerio de Salud a través de la Unidad Odontológica dependiente de la DIVAP y el Depto. de Programación Financiera de esa misma división.
- Los Servicios de Salud, que son los organismos que gestionan la red asistencial pública de salud
- Las municipalidades a través de los responsables de los programas odontológicos

Como órganos ejecutores se identifican dos tipos de establecimientos de Atención Primaria: aquellos cuya administración depende de los Servicios de Salud, que son la minoría (aprox. 12%), y aquellos que son administrados por las municipalidades. Pueden tratarse de Centros de Salud Familiar, Consultorios de Atención Primaria y Centros Comunitarios de Salud de acuerdo al diseño de cada componente. En el caso del componente que atiende alumnos de 4º medio, se agregan algunas escuelas municipales y subvencionadas en las cuales pudiera brindarse la atención.

#### **Descripción:**

Este programa depende de la SRA y es la Unidad Odontológica (UO) de la DIVAP la responsable del diseño del mismo, así como de la propuesta para la distribución de los recursos financieros entre regiones, SS y comunas, utilizando los criterios que se describe más adelante. Los presupuestos están definidos en la Ley de Presupuestos para cada año, según se detalla más adelante.

La SRA valida la propuesta efectuada por la UO, a partir de lo cual el Dpto. de Programación Financiera APS elabora las resoluciones exentas que señalan la cuantía y modalidad de transferencia de recursos, así como la actividad asociada a cada transferencia y que corresponde a la producción efectuada por cada ente ejecutor de los correspondientes componentes. Con posterioridad a ello, FONASA transfiere los recursos a los SS.

Los criterios aplicados en esta distribución de recursos financieros para cada componente son los siguientes:

- Resolución de especialidades odontológicas en APS: el componente cuenta con una determinada cantidad de cupos, los cuales son distribuidos de acuerdo a la cantidad de población beneficiaria

del FONASA en cada comuna; es decir, se otorgan mayores recursos a las comunas que tienen mayor cantidad de población beneficiaria del FONSAS. La cantidad de cupos asignados corresponden a la meta que cada ente ejecutor debe realizar en un determinado período.

- Acercamiento de la atención odontológica a poblaciones de difícil acceso: se distribuyen los recursos disponibles como un monto fijo para cada SS que cuenta con móviles, independientemente de la cantidad de actividad que finalmente se lleve a cabo; esto dado que no se dispone de una información actualizada respecto de los móviles que efectivamente estarán disponibles para llevar a cabo las actividades, incluyendo la disponibilidad de los recursos humanos que son requeridos.
- Promoción, prevención y recuperación de la salud bucal en los CECOSF: se distribuyen los recursos como un monto fijo para todos los CECOSF.
- Morbilidad en extensión horaria: se paga por extensión horaria efectuada por cada centro asistencial, independientemente de los recursos humanos que se contraten para estos efectos.
- Atención a alumnos 4º medio: el MINEDUC hace la distribución priorizando los liceos más vulnerables.

Los SS tienen la posibilidad de hacer ajustes a esta distribución inicial, de acuerdo a la evolución de cada componente a nivel local, la cual no se realiza entre componentes sino entre establecimientos; esto es, cuando la producción comprometida por un determinado establecimiento no se lleva a cabo adecuadamente, los fondos pueden ser reasignados a otro.

Los SS, una vez que reciben los recursos, son los responsables de establecer los convenios con las municipalidades para la ejecución de los programas y en el caso de tratarse de establecimientos dependientes, emitir las resoluciones respectivas<sup>39</sup>.

A través de este procedimiento, la municipalidad y los consultorios APS dependientes, se comprometen a determinada actividad por un determinado valor. Una vez cumplido este ciclo, los consultorios de APS (municipales o dependientes de los SS) realizan las contrataciones o licitaciones para la implementación de los componentes a nivel comunal; en caso de SS que tienen establecimientos APS bajo su dependencia, los procesos de licitación y contratación se gestionan desde la Dirección de APS dependiente de la Dirección del SS respectivo, según la normativa vigente para licitaciones y contrataciones públicas, esto es, a través de Mercado Público.

La adquisición de los materiales e insumos para llevar a cabo el programa se realizan a nivel de las instancias ejecutoras, una vez que han recibido los recursos financieros.

Los tiempos que toma esta etapa dentro de cada municipalidad y SS dependerá de condiciones locales en cuanto competencias, recursos disponibles para la tramitación, etc. El inicio del programa en términos de labor asistencial, sólo puede iniciarse una vez completado este proceso.

Los hitos más importantes en este proceso son:

- Mayo: la UO presenta a la DIVAP la solicitud de expansión financiera o nuevo financiamiento para los programas odontológicos
- Octubre se conoce los recursos financieros con que cuenta cada programa
- Diciembre se elaboran las resoluciones que aprueban cada programa
- Enero se elaboran las resoluciones que aprueban el presupuesto de cada programa
- Enero – febrero se distribuyen los recursos financieros hacia los SS
- Marzo se firman los convenios entre los SS y las municipalidades

---

<sup>39</sup> Los establecimientos APS dependientes son aquellos que están bajo la tuición administrativa de los SS, siendo los ejemplos más destacados los del SS Metropolitano Central y el SS Aysén que concentran la mayor proporción en este tipo de modalidad.

- Marzo, completado el paso previo, se transfieren los recursos desde los SS hacia las municipalidades en convenio

### **Análisis:**

- Los procesos que se llevan a cabo en este programa son los que corresponden, dada la actual estructura que existe en la red pública de salud, donde la red APS depende de las municipalidades y para llevar a cabo estos programas, los procesos que se efectúan responden a la normativa vigente y se aplican a todos los PRAPS.
- Esto conlleva una importante carga administrativa, en particular para los 29 SS y para el nivel central, ya que se debe reproducir el proceso para cada uno de los 5 componente tantas veces como comunas se incorporen a cada componente y este número puede ser significativo para algunos SS.
- Los tiempos que toma todo el proceso administrativo es muy variable en cada SS y en cada municipalidad según lo ha señalado la contraparte del programa, lo cual es un riesgo, toda vez que, si no se completan en el tiempo presupuestado, las actividades asociadas al programa se inician con retraso. Este hecho pudiera afectar el cumplimiento de la actividad programada y con ello la ejecución de los presupuestos asignados.
- Los procesos de compra y adquisiciones que realiza la municipalidad para llevar a cabo el programa, sólo pueden iniciarse una vez recibidos los recursos financieros, lo cual también es un factor que pudiera atrasar su inicio
- Por otro lado, una vez que se entregan los recursos y se compromete una determinada actividad, todos los procesos que siguen están fuera de evaluación y control de la DIVAP y de los SS, para recaer exclusivamente en los órganos ejecutores. En tal sentido, se transfieren recursos a una institucionalidad pública diferente respecto de la cual, en la práctica, los SS tienen poca injerencia y ejercen un control sólo respecto de la actividad realizada, a juzgar por los mecanismos de monitoreo establecidos según se analiza más adelante.

### **B. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación:**

La **Unidad odontológica** está inserta en la División de Atención Primaria, específicamente en el Departamento de Modelo, dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, tal como lo muestra el Organigrama siguiente:

Las funciones de la Unidad Odontológica dicen relación con:

- Desarrollo del ámbito normativo y orientaciones técnicas de los programas de salud bucal
- Elaboración de resoluciones de los programas
- Implementación de los programas a nivel de la APS
- Coordinación con la red APS
- Monitoreo de la ejecución de los programas y cumplimiento de metas

Una tarea permanente de la Unidad Odontológica es visitar en terreno el desarrollo del programa, instancias en las cuales se refuerzan los lineamientos técnicos y se mantiene un contacto directo con los responsables a nivel local y ejecutores.

Para el cumplimiento de estas funciones se cuenta con 3 profesionales odontólogas, una de las cuales ejerce la jefatura de la Unidad y que está contratada en modalidad Honorario a Suma Alzada; la segunda odontóloga está contratada por el SS Metropolitano Central y ejerce funciones en el MINSAL a través de comisión de servicios; sólo una odontóloga tiene un cargo ministerial para sus funciones en la unidad.

Adicionalmente hay un cuarto odontólogo que tiene una jornada parcial (un día a la semana) a través de una contratación a honorarios suma alzada. La situación contractual amerita una revisión por parte de la autoridad, ya que éstas corresponden a tareas permanentes del MINSAL y, por tanto, los cargos debieran ser contratos.

Este grupo de profesionales no sólo es responsable de gestionar los PRAPS odontológicos sino también la actividad regular que realiza la APS.

Como contraparte al equipo del nivel central, en cada SS hay un encargado del área odontológica.

El Depto. **de Programación Financiera** depende de la División de Presupuesto y tiene las siguientes funciones:

- Elaboración de las resoluciones de recursos
- Monitoreo de convenios y resoluciones en plataforma web APS
- Transferencia de recursos contra convenio o resolución a través de remesas mensuales
- Monitoreo de transferencia de recursos según marco presupuestario

### **Análisis:**

- Los recursos profesionales con que cuenta la UO pudieran, a juicio del panel, ser insuficientes para la carga de trabajo y responsabilidad asumida en el área odontológica que se desarrolla en la APS, tanto a través del programa habitual APS como por aquellos de reforzamiento; esta situación sugiere a juicio del panel, la posibilidad que sea revisada y analizada para efectos de definir eventuales modificaciones. Además, la situación contractual amerita una revisión por parte de la autoridad, ya que éstas corresponden a tareas permanentes del MINSAL y, por tanto, los cargos debieran ser contratos.
- La coordinación de este programa es altamente exigente ya que se debe dar entre cuatro niveles: DIVAP, SS que son un total de 29, municipalidades que responden a las 346 comunas que hay en el país y sus respectivos establecimientos de APS que son un número aún mayor.
- Por su parte, este programa tiene 5 componentes con diferentes objetivos y prestaciones otorgadas, las que además se desarrollan en distintos tipos de establecimientos de la APS; en el caso del 5º componente, se incorporan los establecimientos educacionales de educación media municipales y particulares subvencionados, desde donde deben ser referidos los beneficiados del programa.
- Por tanto, se hace necesario optimizar el diseño y los procesos a través de los cuales se lleva a cabo este programa, aplicando criterios de eficiencia y efectividad que además puedan ser verificados.

### **Complementariedad y superposiciones:**

En cuanto a las complementariedades o superposiciones de este programa con otros, el análisis debe hacerse por componente y en relación a todos los programas odontológicos que tienen financiamiento Estatal, los cuales se llevan a cabo en la red pública de salud, con excepción de aquellos en que participan párvulos o estudiantes, en que se realizan en establecimientos educacionales. Esto debido a que, en todos ellos, se comparte población beneficiada, así como tipo de atención. Esto permite tener una visión completa del tema.

A continuación, se presenta un esquema con los programas y componentes que actualmente están vigentes, donde en algunos casos se han simplificado la denominación para hacer más fácil la distinción:

**Cuadro N° 32: Programas odontológicos vigentes de acuerdo a entidad responsable y programa**

Entidad responsable	Programa		Componente
MINEDUC-JUNAEB**	Salud Bucal	1	Preventivo y curativo de pre-Kinder a 8° básico
MINSAL PRAPS	Mejoramiento del Acceso	2	Especialidades en APS
		3	Clínicas dentales móviles
		4	Atención en CECOSF
		5	At. 4° medios
		6	Extensión horaria
		7	Hombres de Escasos Recursos*
			Sembrando Sonrisas
	Más Sonrisas para Chile	9	Alta integral
MINSAL APS	Programa de Salud Familiar	10	Componente odontológico*
MINSAL N. Secundario	Especialidades	11	Curativo
Garantías Explícitas en Salud (GES)	Embarazadas	12	Preventivo y curativo*
	Niños y niñas de 6 años	13	Preventivo y curativo*
	Adultos de 60 años	14	Curativo*
	Urgencias odontológicas	15	Urgencias*

\*No sujeto a evaluación

\*\*componente fluoruración de la leche en programa de alimentación de estudiantes no se incluye en este análisis

Fuente: elaboración propia

Como se observa, son cinco grandes áreas, donde se ha separado GES, dado que, si bien depende del mismo ente regulador, el MINSAL, es un programa definido explícitamente por ley y que beneficia a un universo mayor de la población y en ámbitos muy específicos. Su ejecución es evaluada por la misma Unidad Odontológica, responsable del programa de evaluación.

El MINEDUC a través de JUNAEB, tiene un programa de Salud Bucal que tiene dos componentes: la fluoruración de la leche en el programa PAE para zonas sin fluoruración de agua potable y que corresponde a una actividad preventiva y un segundo componente de educación, prevención y curación.

Por su parte el MINSAL tiene tres grandes áreas, aquella establecida como parte del Programa de Salud Familiar que se lleva a cabo en la APS, el Nivel Secundario de especialidades y en tercer lugar los PRAPS. Este último tiene 3 programas, el primero de los cuales tiene 6 componentes, según se explicita en el cuadro precedente.

De los señalados en la tabla como “componentes”, hay 7 de los 15 que no se incluyen en esta evaluación, lo cual no permite una visión global y de conjunto de la atención odontológica; este elemento ha de ser considerado al momento de ponderar las conclusiones a que pueda llegar la presente evaluación.

Con el objeto de evaluar las superposiciones y complementariedades que pudieran darse entre todos éstos, se ha diseñado el siguiente esquema, el que centra su foco en grupos etarios para el análisis de superposición, así como el tipo de atención.

**Cuadro N° 33: Esquema simplificado de los programas odontológicos y componentes con financiamiento Estatal directo**

PROGRAMA COMPONENTE	TIPO DE ATENCIÓN	GRUPOS ETARIOS			
		Párvulos	6 a 13 años (8° básico)	Adolescentes	Más de 20 años
Salud Bucal JUNAEB	Preventivo	4 años a 13/14 años			

PROGRAMA COMPONENTE	TIPO DE ATENCIÓN	GRUPOS ETARIOS			
		Párvulos	6 a 13 años (8º básico)	Adolescentes	Más de 20 años
	Curativo	Escuelas Municipales y Subvencionadas			
Sembrando Sonrisas	Preventivo	2 a 5 años JUNJI Integra			
GES 6 años*	Preventivo Alta integral		6 años		
Acercamiento a población con móviles dentales	Curativo	Población de difícil acceso			
GES Urgencias*	Solo urgencia	Beneficiarios toda edad			
Plan Familiar APS*	Preventivo Alta integral	Beneficiarios toda edad			
At. Nivel Secundario	Curativo	Atención especialidades incluye prótesis y endodoncia			
At. Odontológica en CECOSF	Preventivo Alta integral	Menor de 20 años			
At. Dental 4º medios	Preventivo Alta integral			16 a 18 años**	
Más Sonrisas para Chile	Preventivo Alta integral Prótesis			15 años y más Solo Mujeres	
GES embarazadas*	Alta integral	Embarazadas			
GES 60 años*	Alta integral				60 años
Extensión horaria	Curativo				Adulto
Hombres escasos recursos*	Preventivo Alta integral Prótesis				Adulto Solo hombres
Resolución Especialidades en APS	Curativo: Endodoncia y prótesis				Adulto

\*No sujeto a evaluación

\*\*el programa no habla de edades porque puede incluir adultos cursando en escuelas

Fuente: elaboración propia

Para el caso del presente programa en evaluación, son cinco los componentes, destacando los siguientes hechos:

El componente “**Atención odontológica en CECOSF**” está orientado a la misma población que ya incorpora el Plan de Salud Familiar; este último, se focaliza en menores de 20 años mientras que el Plan de Salud Familiar incorpora todos los grupos etarios. Por su parte, según lo señalado por la contraparte, no se superpone a los programas que realiza JUNAEB y el programa Sembrando Sonrisas, ya que la atención es diurna y los escolares y pre escolares no acuden a estos establecimientos. Por otro lado, la focalización que hacen estos dos programas en cuanto tipo de escuelas y jardines infantiles se considera un elemento positivo en cuanto a que incorpora población de 2 años en adelante, cosa que no se da con frecuencia cuando la demanda es espontánea.

El componente “**Estudiantes de 4º medio**” se superpone al componente de “Atención en CECOSF” y a la actividad regular de la APS, ya que el primer componente no tiene otro criterio de focalización, excepto el corresponder a escuelas públicas o particulares subvencionadas, que no es un grupo excluido de la atención en CECOSF ni en la del programa de APS.

En el caso del “**Acercamiento con móviles dentales**”, éste no hace diferenciación en términos de edad, por lo cual se superpone a los dos anteriores, destacando sí el hecho de estar dirigido a población urbana y rural que tiene difícil acceso a la atención dental.

En cuanto a los componentes que se orientan a la población adulta, se exceptúa del análisis las garantías GES de adulto 60 años ya que no se tiene mayores antecedentes de este programa, sin embargo, dada la extensa prevalencia de daño bucal en esta población y el crecimiento de adultos mayores en nuestro país, se la debe considerar como adecuada.

En el componente, “**Extensión horaria**” hay una superposición con el Plan de Salud Familiar en APS en cuanto cartera de servicios, sin embargo, esta modalidad permite el acceso a una población que ve dificultado su acceso en horarios habituales de atención, lo cual justifica su existencia.

En cuanto al componente “**Especialidades en APS**”, aun cuando está orientada al mismo grupo etario que las dos señaladas previamente, aquí se trata de prestaciones que no forman parte habitual de la cartera de servicios que otorga la APS, y su objetivo se centra en reducir las listas de espera. Donde sí existe superposición, es con la actividad que se desarrolla en el nivel secundario y con el programa “Más Sonrisas para Chile”, que está orientado a mujeres, donde se incluye las dos prestaciones de especialidad que tiene el programa, aun cuando en este último caso, la canasta está diseñada para un alta integral y por tanto, incluye la resolución completa del problema de salud bucal, lo que no está garantizado en el primero de éstos.

### **C. Criterios de asignación de recursos, mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago**

El Programa forma parte del conjunto de Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria (PRAPS), por lo cual su financiamiento y mecanismos de transferencia y modalidad de pago se enmarcan en los procedimientos establecidos para este fin. Es relevante señalar que los recursos de este programa son adicionales al monto per cápita que financia el Plan de Salud Familiar de la APS. En efecto, la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual (per cápita) podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Los establecimientos adscritos al programa reciben los recursos de este a través de las transferencias realizadas por el FONASA, establecidas en la Ley de Presupuestos (Partida 16, Capítulo 02, Programa 02), a través del ítem 24. Estas transferencias son realizadas desde el FONASA a los distintos Servicios de Salud, los cuales las distribuyen a los establecimientos de dependencia municipal o del mismo Servicio de Salud.

En el caso de los establecimientos de dependencia municipal, los recursos son transferidos desde los Servicios hacia las municipalidades con cargo al subtítulo 24 03 298 “Transferencias Corrientes Ley 19.378”. En el caso de los establecimientos de atención primaria dependientes del mismo servicio, el gasto del programa se imputa a los subtítulos 21, 22 y 29 del presupuesto del Servicio, según corresponda.

Los recursos son distribuidos a los distintos Servicios de Salud de acuerdo a la valorización de las atenciones comprometidas por cada municipio y Servicio. Esta distribución se formaliza a través de una Resolución Exenta tramitada en enero de cada año.

Los recursos son transferidos en dos cuotas. La primera de ellas, correspondiente al 70%, al momento de la total tramitación del convenio respectivo y el 30% restante en octubre, sujeto a la evaluación del cumplimiento de las metas establecidas en el Programa.<sup>40</sup> De esta forma, si el municipio o Servicio de Salud no ha cumplido, al 31 de agosto, con el 50% de las actividades comprometidas para el año se le aplicará la siguiente tabla para el descuento de la segunda cuota.

---

<sup>40</sup> En el caso de los Servicios de Salud, la segunda cuota se imputa exclusivamente al subtítulo 22.

**Cuadro N° 34: Distribución de recursos**

Porcentaje de cumplimiento global del programa	Porcentaje de descuento de recursos 2ª cuota del 30%
50%	0%
Entre 40 y 49,99%	25%
Entre 30 y 39,99%	50%
Entre 25 y 29,99%	75%
Menos de 25%	100%

Los recursos no utilizados debido a estos descuentos son redistribuidos a las comunas con cumplimiento mayor o igual a 50%, mediante un Decreto de Cierre.

#### **D. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable**

Las actividades de seguimiento del programa tienen dos ámbitos:

1. El financiero que se lleva a cabo a través de plataforma web donde los SS registran los recursos financieros entregados a cada municipio y estos hacen la respectiva rendición de cuentas, la cual es supervigilada por el SS y la DIVAP. Este mecanismo existe desde el año 2015 y está establecido a través de la Resolución N°30 del 11 de marzo 2015; la plataforma utilizada es la “Plataforma de Monitoreo APS” específicamente creada para estos efectos. La contraparte técnica del MINSAL no tiene mayores antecedentes respecto de la forma en que dicha plataforma es utilizada para evaluar este programa.
2. El segundo ámbito tiene que ver con las actividades del programa y se lleva a cabo a través del Registro Estadístico Mensual (REM), que es donde se registra toda la actividad realizada por la red pública de salud en todos los niveles de complejidad. El correspondiente a la actividad odontológica llevada a cabo en APS a través de estos programas, se muestra en la figura siguiente:

Las municipalidades entregan la información mensualmente al SS correspondiente y este consolida la información, para luego remitirla al MINSAL también mensualmente, donde el Depto. de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) la valida y consolida, generando las estadísticas oficiales del sector.

Estos registros REM son la fuente de información para el cálculo de los indicadores que tiene el programa, cuya medición se realiza bianualmente en los meses de agosto y diciembre y se hace con un nivel de desagregación a nivel de SS. En ese primer corte de agosto se evalúa una eventual reasignación de recursos según se explica en el capítulo anterior.

Complementariamente, los programas odontológicos utilizan la plataforma [www.odontoaps](http://www.odontoaps) para el registro de establecimientos que participan en cada programa y sus respectivos componentes; esta es una herramienta valorada para el seguimiento y monitoreo, ya que señala los montos entregados a cada municipalidad para cada uno de los PRAPS así como los convenios vigentes.<sup>41</sup>

Ninguno de estos componentes cuenta con línea base para evaluar la evolución del problema que genera el componente, así como tampoco ha existido algún otro tipo de evaluación que pueda ser analizada.

#### **Análisis:**

Los indicadores que se miden son los siguientes:

<sup>41</sup> No se puede acceder a esta página sin tener autorización y clave de acceso, por lo cual el panel no pudo verificar en más detalle este aspecto.

Componente 1 Aumento capacidad resolutive: los indicadores utilizados miden el cumplimiento de la actividad comprometida en endodoncia y en prótesis.

Componente 2 Atención en móviles dentales: el indicador que se utiliza relaciona la cantidad de actividad realizada en relación a la cantidad de horas disponible de la clínica dental móvil, utilizando un rendimiento de 2 pacientes por hora.

Componente 3 Actividad en menores de 20 años en CECOSF: se utilizan dos indicadores, cada uno de los cuales mide una actividad respecto de la población objetivo, que son los menores de 20 años que están asignados a cada CECOSF (aplicaciones de flúor barniz y altas odontológicas).

Componente 4 y 5: Atención del adulto en extensión horaria y programa odontológico para estudiantes de 4º medio: en ambos componentes se mide la actividad realizada en relación a la actividad comprometida.

No hay medición de las listas de espera en cuanto a la forma en que éstas se modifican por cuenta de este programa, en ninguno de sus componentes.

La información que se utiliza para estos efectos es confiable y oportuna, dados los hitos de medición que el programa se ha planteado, donde eventuales desfases en la entrega de la información no afectan mayormente estas dos mediciones.

La frecuencia con que se revisan estos indicadores, que se ha señalado es agosto y diciembre, parecen insuficientes y muy espaciadas, ya que no permiten hacer correcciones o cambios oportunos en el desarrollo del programa en las diferentes comunas; si se considera que el inicio de los programas es en marzo, la primera evaluación ocurre 5 meses después. En tal sentido, se considera que el monitoreo al menos de algunos de los indicadores, especialmente actividad, debiera ser más frecuente.

Los indicadores utilizados en los componentes 1, 4 y 5 son exclusivamente de actividad realizada respecto de la comprometida, que son de eficacia respecto del resultado y no constituyen indicadores de cobertura ya que no tratan sobre la población objetivo; no se incluyen otros indicadores de gestión en ninguno de sus dimensiones como calidad, eficacia o economía.

Es de particular interés el conocer si estos componentes efectivamente incrementan la oferta en las áreas correspondientes y en qué medida lo hacen, así como el establecer a qué costo. El análisis de la evolución de los costos por producto permitiría el análisis evolutivo y entregaría orientaciones respecto de medidas que permitan que aquello se realice en forma más eficiente. Para aquellos casos en que el componente tiene entre sus objetivos la reducción de las listas de espera, sería necesario medir la cuantía en que el componente participa en dicha reducción y el comportamiento de éste a través del tiempo.

En el componente 2 se evalúa la utilización de los móviles respecto de la disponibilidad de los mismos, que es un indicador de eficacia respecto del producto, lo cual no resulta de mayor utilidad, si aquello no se relaciona con la eficiencia en su utilización, que está dado por la cantidad de tiempo en que estos sí están disponibles respecto de los días hábiles del año. En el caso particular los criterios de eficiencia en el uso de estos recursos y los costos asociados son relevantes, ya que permitiría considerar otros mecanismos para obtener el mismo fin, cual es el acercamiento de la atención odontológica a zonas rurales; por ejemplo, el traslado de la población objetivo a los lugares de atención.

En cuanto al componente 3 que trata de la atención en CECOSF tanto en el ámbito preventivo, curativo y promocional, sólo se miden dos aspectos relacionados con la eficacia del producto en el ámbito curativo y preventivo respecto de la población objetivo lo cual los define como indicadores de cobertura. No se tiene registro de las actividades promocionales y si se tiene, no se mide, siendo que es uno de los fundamentos para llevar a cabo este componente justamente en ese tipo de establecimientos. No hay mediciones respecto de la forma en que el componente incide en la mayor cobertura de la atención en este grupo poblacional como un todo y su participación respecto de otros componentes que se focalizan en el mismo

grupo etario (Componente 5), la eventual reducción en las listas de espera ni de la eficiencia en el uso de los recursos y su evolución en el tiempo.

Los componentes que incluye este programa tienen una característica en común relacionada con el tipo de actividad asistencial desarrollada: se comprometen actividades que hacen alusión al término de un proceso asistencial que está definido por un producto o resultado final (por ej. colocación de prótesis, alta dental, etc.) y por este producto o resultado final se paga un precio estimado a partir de una canasta que se construye con tasas de uso y frecuencias promedio. Sin embargo, las actividades asociadas al proceso asistencial que permiten llegar al resultado final son muy variables y su completitud pudiera ser discrecional del operador. Esto hace posible el fenómeno de descreme, lo cual ameritaría que se realizaran actividades de monitoreo tendientes a verificar si aquello ocurre o no; dado lo extenso que es este programa en cuanto cantidad de ejecutores, el diseño de dicha actividad tiene que ser evaluado entre otros, en términos de costo-eficiencia y diseño que lo hagan plausible.

Este último aspecto pudiera considerarse un problema estructural de este tipo de programas en el sistema de salud público en la forma en que está estructurado, donde los incentivos no necesariamente son los correctos en orden a efectivamente resolver la problemática de salud del consultante, independientemente de su gravedad y/o complejidad. La situación se hace aún más crítica cuando los convenios se hacen con personas naturales o jurídicas que son externas al establecimiento responsable de llevar a cabo dicha actividad, ya que los mecanismos de control que se pudieran establecer son aún más complejos de llevar a cabo. Para el caso de este programa, en el componente relacionado con el alta integral de alumnos de 4º medio, hay una proporción no identificada de casos en que se compran servicios. Para estos efectos, se paga al prestador privado el valor total de la canasta, independientemente de las actividades y prestaciones que el paciente reciba. El programa no evalúa la calidad de estas prestaciones en aspectos como la pertinencia de las actividades realizadas, eventuales omisiones en el tratamiento, satisfacción de los beneficiados y resultados a corto y mediano plazo.

**Anexo 4: Análisis de Género del Programa**

**Cuadro N° 35: Análisis de género**

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA			EVALUACIÓN DEL PROGRAMA				RECOMENDACIONES
Nombre Programa	Producto Estratégico Asociado ¿Aplica Enfoque de Género (PMG)	Objetivo del Programa	¿Corresponde incorporación Enfoque de Género en el Programa según evaluación? ¿Por qué?	¿Se debió incorporar en definición de población objetivo? Si/No	¿Se debió incorporar en definición de propósito o componente? Si/No	¿Se debió incorporar en provisión del servicio? Si/No	¿Se debió incorporar en la formulación de indicadores? Si/No
				¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No
				Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente	Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente	Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente	Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente
PROGRAMA MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN	No aplica en ninguno de los cinco componentes: componentes del programa;	Contribuir a mejorar el acceso de la población a la atención odontológica	No corresponde ya que la población objetivo no hace ni debe	No	No	No	No
				No	No	No	No

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA			EVALUACIÓN DEL PROGRAMA					RECOMENDACIONES
ODONTOLÓGICA	1) Resolución de Especialidades Odontológicas en APS 2) Acercamiento de la atención odontológica a poblaciones de difícil acceso 3) Promoción, prevención y recuperación de la salud bucal 4) Atención de morbilidad odontológica en extensión horaria 5) Atención odontológica integral de los alumnos de 4º año medio	en la APS	hacer distinción de género en su aplicación.					

**Anexo 5: Ficha de presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos**

**Cuadro N° 36: Fuentes de financiamiento del Programa, período 2013-2017 (en miles de pesos nominales)**

Fuentes de Financiamiento	2013	2014	2015	2016	2017
	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto
1.1. Asignación específica al Programa	0	0	12.732.048	19.493.938	26.622.592
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 y 29, entre otros)	0	0	0	0	0
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	0	0	1.290.150	2.003.850	2.745.000
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	0	0	0	0	0

**Cuadro N° 37: Presupuesto del Programa respecto del Presupuesto de la Institución Responsable, período 2013-2017 (en miles de pesos)**

Año	Presupuesto inicial de la Institución responsable	Presupuesto Inicial del Programa (Asignación en Ley de Presupuesto)
2013		
2014		
2015	1.218.982.583	12.732.048
2016	1.370.577.002	19.493.938
2017	1.524.667.712	26.622.592

**Cuadro N° 38: Presupuesto Inicial y Gasto Devengado del Programa, período 2013-2016  
(en miles de pesos nominales)**

Subtítulos	2015			2016			2017
	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Presupuesto Inicial (A)
Personal	2.037.225	2.037.225	2.037.225	2.210.223	2.210.223	2.210.223	2.899.078
Bienes y Servicios de Consumo	1.323.213	1.323.213	1.323.213	1.357.592	1.357.592	1.357.592	1.680.070
Transferencias	9.371.610	9.371.610	9.371.610	15.831.663	15.831.663	15.831.663	20.395.444
Inversión	0	0	0	94.458	94.458	94.458	0
Otros (auditoria)	0	0	0	0	0	0	1.648.000

**Cuadro N° 39: Gasto Total del Programa, período 2013-2016  
(en miles de pesos nominales)**

AÑO	Otros Gastos
2013	0
2014	0
2015	1.290.150
2016	2.003.850

**Cuadro N° 40: Gastos Total del Programa según uso, desagregado en gastos de administración y gastos de producción, período 2013-2016 (en miles de pesos nominales)**

AÑO 2013	Gasto Total del Programa 2015		Gasto Total del Programa 2016	
	Gasto Producción	Gasto Administración	Gasto Producción	Gasto Administración
Recursos Humanos	2.037.225	516.060	2.210.223	801.540
Otros Gastos	10.694.823	774.090	17.189.255	1.296.768

**Cuadro N° 41: Gasto de producción de los Componentes del Programa, período 2013-2016**

<b>AÑO 2013</b>	<b>Arica y Parinacota</b>	<b>Tarapacá</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>Atacama</b>	<b>Coquimbo</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>O'Higgins</b>	<b>Maule</b>	<b>Bío Bío</b>	<b>Araucanía</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Los Lagos</b>	<b>Aysén</b>	<b>Magallanes</b>	<b>Región Metropolitana</b>	<b>Total</b>
Componente 1: PROTESIS Y ENDODONCIAS	7.325	16.110	14.664	21.183	113.548	184.828	115.322	207.289	461.991	176.687	93.548	111.633	946	18.753	595.784	<b>2.139.611</b>
Componente 2: CLINICAS DENTALES MOVILES	40.518	42.973	139.861	36.746	98.780	185.248	86.160	92.338	631.343	511.474	201.912	322.440	60.947	0	73.698	<b>2.524.439</b>
Componente 3: APOYO ODONTOLOGICO CECOSF	40.593	27.062	40.593	13.531	81.185	202.963	67.654	216.494	473.580	175.901	135.309	257.086	13.531	40.593	568.296	<b>2.354.370</b>
Componente 4; ATENCION ODONTOLOGICA ADULTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Componente 5; ATENCION ODONTOLOGICA CUARTOS MEDIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>

<b>AÑO 2014</b>	<b>Arica y Parinacota</b>	<b>Tarapacá</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>Atacama</b>	<b>Coquimbo</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>O'Higgins</b>	<b>Maule</b>	<b>Bío Bío</b>	<b>Araucanía</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Los Lagos</b>	<b>Aysén</b>	<b>Magallanes</b>	<b>Región Metropolitana</b>	<b>Total</b>
Componente 1: PROTESIS Y ENDODONCIAS	7.545	16.357	14.982	17.774	102.067	199.970	127.384	214.618	476.394	181.341	96.468	126.360	2.292	19.430	635.813	<b>2.238.795</b>

<b>AÑO 2013</b>	<b>Arica y Parinacota</b>	<b>Tarapacá</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>Atacama</b>	<b>Coquimbo</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>O'Higgins</b>	<b>Maule</b>	<b>Bío Bío</b>	<b>Araucanía</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Los Lagos</b>	<b>Aysén</b>	<b>Magallanes</b>	<b>Región Metropolitana</b>	<b>Total</b>
Componente 2: CLINICAS DENTALES MOVILES	41.733	44.262	144.057	37.849	101.744	190.806	88.745	95.108	650.283	568.552	207.969	332.113	62.776	0	75.908	<b>2.641.905</b>
Componente 3: APOYO ODONTOLOGICO CECOSF	27.874	27.874	41.811	13.937	97.559	209.054	69.685	222.991	487.793	181.180	139.369	264.802	13.937	41.811	571.414	<b>2.411.089</b>
Componente 4; ATENCION ODONTOLOGICA ADULTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Componente 5; ATENCION ODONTOLOGICA CUARTOS MEDIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>

<b>AÑO 2015</b>	<b>Arica y Parinacota</b>	<b>Tarapacá</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>Atacama</b>	<b>Coquimbo</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>O'Higgins</b>	<b>Maule</b>	<b>Bío Bío</b>	<b>Araucanía</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Los Lagos</b>	<b>Aysén</b>	<b>Magallanes</b>	<b>Región Metropolitana</b>	<b>Total</b>
Componente 1: PROTESIS Y ENDODONCIAS	7.771	16.848	15.432	18.307	105.129	205.970	131.206	221.058	490.687	186.782	99.363	130.152	2.361	20.013	654.890	<b>2.305.967</b>
Componente 2: CLINICAS DENTALES MOVILES	42.985	45.590	148.379	38.984	104.796	196.530	91.408	97.961	669.791	599.115	214.208	342.077	64.659	0	78.186	<b>2.734.669</b>
Componente 3: APOYO ODONTOLOGICO CECOSF	28.707	28.707	43.061	14.354	100.476	215.306	71.769	229.660	502.381	186.599	143.537	272.721	14.354	43.061	602.857	<b>2.497.551</b>

<b>AÑO 2013</b>	<b>Arica y Parinacota</b>	<b>Tarapacá</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>Atacama</b>	<b>Coquimbo</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>O'Higgins</b>	<b>Maule</b>	<b>Bío Bío</b>	<b>Araucanía</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Los Lagos</b>	<b>Aysén</b>	<b>Magallanes</b>	<b>Región Metropolitana</b>	<b>Total</b>
Componente 4; ATENCION ODONTOLOGICA ADULTOS	19.337	48.342	58.011	96.685	135.359	406.076	309.392	280.386	589.778	328.729	125.690	270.718	19.337	29.005	734.805	<b>3.451.650</b>
Componente 5; ATENCION ODONTOLOGICA CUARTOS MEDIOS	36.149	17.497	92.999	52.122	84.983	147.905	131.068	152.647	276.720	125.278	62.689	127.035	8.508	22.805	403.811	<b>1.742.215</b>

<b>AÑO 2016</b>	<b>Arica y Parinacota</b>	<b>Tarapacá</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>Atacama</b>	<b>Coquimbo</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>O'Higgins</b>	<b>Maule</b>	<b>Bío Bío</b>	<b>Araucanía</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Los Lagos</b>	<b>Aysén</b>	<b>Magallanes</b>	<b>Región Metropolitana</b>	<b>Total</b>
Componente 1: PROTESIS Y ENDODONCIAS	8.108	17.896	16.391	19.446	111.667	218.631	139.365	233.609	521.334	198.397	105.492	137.991	2.451	21.216	695.128	<b>2.447.123</b>
Componente 2: CLINICAS DENTALES MOVILES	45.662	48.445	155.472	41.452	111.238	208.560	96.950	103.952	710.711	631.724	227.437	390.981	68.894	0	0	<b>2.841.477</b>
Componente 3: APOYO ODONTOLOGICO CECOSF	15.246	30.493	45.739	15.246	106.724	228.695	76.232	259.188	516.987	198.203	151.769	289.681	14.899	45.392	654.204	<b>2.648.699</b>
Componente 4; ATENCION ODONTOLOGICA ADULTOS	47.083	110.307	107.366	201.533	289.998	859.034	648.043	588.294	1.261.597	705.462	259.990	573.032	32.188	64.560	1.537.218	<b>7.285.703</b>

<b>AÑO 2013</b>	<b>Arica y Parinacota</b>	<b>Tarapacá</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>Atacama</b>	<b>Coquimbo</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>O'Higgins</b>	<b>Maule</b>	<b>Bío Bío</b>	<b>Araucanía</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Los Lagos</b>	<b>Aysén</b>	<b>Magallanes</b>	<b>Región Metropolitana</b>	<b>Total</b>
Componente 5; ATENCION ODONTOLOGICA CUARTOS MEDIOS	81.848	56.503	254.280	108.301	199.135	414.054	357.099	381.709	668.334	318.340	132.918	312.278	26.803	55.447	1.111.064	<b>4.478.114</b>

**Cuadro N° 42: Gasto de producción de los Componentes del Programa, período 2013-2016  
(Miles de 2017)**

<b>AÑO 2013</b>	<b>Arica y Parinacota</b>	<b>Tarapacá</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>Atacama</b>	<b>Coquimbo</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>O'Higgins</b>	<b>Maule</b>	<b>Bío Bío</b>	<b>Araucanía</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Los Lagos</b>	<b>Aysén</b>	<b>Magallanes</b>	<b>Región Metropolitana</b>	<b>Total</b>
Componente 1: PROTESIS Y ENDODONCIAS	8.548	18.800	17.113	24.721	132.511	215.694	134.581	241.906	539.144	206.194	109.170	130.276	1.104	21.884	695.280	<b>2.496.926</b>
Componente 2: CLINICAS DENTALES MOVILES	47.284	50.149	163.218	42.883	115.277	216.185	100.549	107.759	736.777	596.890	235.631	376.288	71.125	0	86.005	<b>2.946.020</b>
Componente 3: APOYO ODONTOLOGICO CECOSF	47.372	31.581	47.372	15.791	94.743	236.858	78.953	252.648	552.668	205.277	157.905	300.020	15.791	47.372	663.202	<b>2.747.550</b>
Componente 4; ATENCION ODONTOLOGICA ADULTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Componente 5; ATENCION ODONTOLOGICA CUARTOS MEDIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>103.204</b>	<b>100.531</b>	<b>227.703</b>	<b>83.394</b>	<b>342.530</b>	<b>668.737</b>	<b>314.083</b>	<b>602.313</b>	<b>1.828.589</b>	<b>1.008.361</b>	<b>502.707</b>	<b>806.584</b>	<b>88.020</b>	<b>69.256</b>	<b>1.444.487</b>	<b>8.190.497</b>

<b>AÑO 2013</b>	<b>Arica y Parinacota</b>	<b>Tarapacá</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>Atacama</b>	<b>Coquimbo</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>O'Higgins</b>	<b>Maule</b>	<b>Bío Bío</b>	<b>Araucanía</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Los Lagos</b>	<b>Aysén</b>	<b>Magallanes</b>	<b>Región Metropolitana</b>	<b>Total</b>
-----------------	---------------------------	-----------------	--------------------	----------------	-----------------	-------------------	------------------	--------------	----------------	------------------	-----------------	------------------	--------------	-------------------	-----------------------------	--------------

Fuente:

<b>AÑO 2014</b>	<b>Arica y Parinacota</b>	<b>Tarapacá</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>Atacama</b>	<b>Coquimbo</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>O'Higgins</b>	<b>Maule</b>	<b>Bío Bío</b>	<b>Araucanía</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Los Lagos</b>	<b>Aysén</b>	<b>Magallanes</b>	<b>Región Metropolitana</b>	<b>Total</b>
Componente 1: PROTESIS Y ENDODONCIAS	8.434	18.284	16.747	19.868	114.090	223.527	142.390	239.900	532.513	202.702	107.832	141.245	2.562	21.719	710.712	<b>2.502.525</b>
Componente 2: CLINICAS DENTALES MOVILES	46.649	49.476	161.027	42.307	113.729	213.283	99.199	106.312	726.886	635.527	232.468	371.236	70.171	0	84.850	<b>2.953.122</b>
Componente 3: APOYO ODONTOLOGIC O CECOSF	31.157	31.157	46.736	15.579	109.051	233.681	77.894	249.259	545.255	202.523	155.787	295.995	15.579	46.736	638.727	<b>2.695.116</b>
Componente 4; ATENCION ODONTOLOGIC A ADULTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Componente 5; ATENCION ODONTOLOGIC A CUARTOS MEDIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>86.240</b>	<b>98.918</b>	<b>224.510</b>	<b>77.754</b>	<b>336.870</b>	<b>670.490</b>	<b>319.483</b>	<b>595.471</b>	<b>1.804.654</b>	<b>1.040.753</b>	<b>496.088</b>	<b>808.477</b>	<b>88.311</b>	<b>68.455</b>	<b>1.434.289</b>	<b>8.150.762</b>

Fuente:

<b>AÑO 2013</b>	<b>Arica y Parinacota</b>	<b>Tarapacá</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>Atacama</b>	<b>Coquimbo</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>O'Higgins</b>	<b>Maule</b>	<b>Bío Bío</b>	<b>Araucanía</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Los Lagos</b>	<b>Aysén</b>	<b>Magallanes</b>	<b>Región Metropolitana</b>	<b>Total</b>
<b>AÑO 2015</b>	<b>Arica y Parinacota</b>	<b>Tarapacá</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>Atacama</b>	<b>Coquimbo</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>O'Higgins</b>	<b>Maule</b>	<b>Bío Bío</b>	<b>Araucanía</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Los Lagos</b>	<b>Aysén</b>	<b>Magallanes</b>	<b>Región Metropolitana</b>	<b>Total</b>
Componente 1: PROTESIS Y ENDODONCIAS	8.324	18.048	16.530	19.611	112.614	220.635	140.548	236.797	525.624	200.080	106.437	139.418	2.529	21.438	701.518	<b>2.470.152</b>
Componente 2: CLINICAS DENTALES MOVILES	46.046	48.836	158.943	41.760	112.257	210.523	97.916	104.936	717.481	641.772	229.460	366.432	69.263	0	83.753	<b>2.929.377</b>
Componente 3: APOYO ODONTOLOGIC O CECOSF	30.751	30.751	46.127	15.376	107.630	230.636	76.879	246.012	538.150	199.884	153.757	292.139	15.376	46.127	645.781	<b>2.675.376</b>
Componente 4; ATENCION ODONTOLOGIC A ADULTOS	20.714	51.784	62.141	103.569	144.996	434.989	331.420	300.350	631.770	352.134	134.639	289.993	20.714	31.071	787.123	<b>3.697.407</b>
Componente 5; ATENCION ODONTOLOGIC A CUARTOS MEDIOS	38.723	18.743	99.620	55.834	91.034	158.436	140.400	163.515	296.423	134.198	67.152	136.080	9.113	24.428	432.562	<b>1.866.260</b>
<b>Total</b>	144.558	168.162	383.362	236.149	568.532	1.255.219	787.162	1.051.610	2.709.447	1.528.068	691.446	1.224.062	116.994	123.064	2.650.736	<b>13.638.573</b>

Fuente:

<b>AÑO 2013</b>	<b>Arica y Parinacota</b>	<b>Tarapacá</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>Atacama</b>	<b>Coquimbo</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>O'Higgins</b>	<b>Maule</b>	<b>Bío Bío</b>	<b>Araucanía</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Los Lagos</b>	<b>Aysén</b>	<b>Magallanes</b>	<b>Región Metropolitana</b>	<b>Total</b>
<b>AÑO 2016</b>	<b>Arica y Parinacota</b>	<b>Tarapacá</b>	<b>Antofagasta</b>	<b>Atacama</b>	<b>Coquimbo</b>	<b>Valparaíso</b>	<b>O'Higgins</b>	<b>Maule</b>	<b>Bío Bío</b>	<b>Araucanía</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Los Lagos</b>	<b>Aysén</b>	<b>Magallanes</b>	<b>Región Metropolitana</b>	<b>Total</b>
Componente 1: PROTESIS Y ENDODONCIAS	8.351	18.433	16.883	20.029	115.017	225.190	143.546	240.618	536.975	204.349	108.657	142.131	2.524	21.853	715.981	2.520.537
Componente 2: CLINICAS DENTALES MOVILES	47.032	49.898	160.136	42.696	114.575	214.816	99.859	107.071	732.032	650.676	234.260	402.710	70.961	0	0	2.926.721
Componente 3: APOYO ODONTOLOGIC O CECOSF	15.704	31.407	47.111	15.704	109.926	235.556	78.519	266.964	532.497	204.149	156.322	298.371	15.346	46.754	673.830	2.728.160
Componente 4: ATENCION ODONTOLOGIC A ADULTOS	48.496	113.616	110.587	207.579	298.697	884.805	667.484	605.943	1.299.445	726.625	267.789	590.223	33.153	66.497	1.583.334	7.504.275
Componente 5: ATENCION ODONTOLOGIC A CUARTOS MEDIOS	84.304	58.198	261.908	111.550	205.109	426.476	367.812	393.161	688.384	327.890	136.906	321.646	27.607	57.110	1.144.396	4.612.457
<b>Total</b>	<b>203.887</b>	<b>271.552</b>	<b>596.626</b>	<b>397.557</b>	<b>843.325</b>	<b>1.986.843</b>	<b>1.357.220</b>	<b>1.613.756</b>	<b>3.789.332</b>	<b>2.113.690</b>	<b>903.934</b>	<b>1.755.082</b>	<b>149.591</b>	<b>192.213</b>	<b>4.117.542</b>	<b>20.292.149</b>