

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

PROGRAMA MÁS SONRISAS PARA CHILE

MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

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

ENERO - JULIO 2017

TABLA DE CONTENIDOS

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA	4
I.1. Descripción general del programa.....	4
I.1.2 Antecedentes y Objetivos.....	5
I.1.3 Contexto de política en que se inserta	7
I.2. Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo	7
I.3. Antecedentes presupuestarios	9
II. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	9
II.1. Justificación del programa.....	9
II.2. Eficacia y calidad	11
II.2.1 Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales (evaluación del cumplimiento de objetivos de propósito y fin).....	11
II.2.2 Eficacia a nivel de Componentes (producción de bienes o servicios).....	11
II.2.3 Cobertura y focalización del programa (por componentes en los casos que corresponda)	12
II.2.4 Calidad (satisfacción de los beneficiarios efectivos, oportunidad, comparación respecto a un estándar).....	13
II.2.5 Estudio complementario.....	14
II.3. Economía.....	15
II.3.1 Fuentes y uso de recursos financieros	15
II.3.2 Ejecución Presupuestaria del Programa	16
II.3.3 Aportes de Terceros.....	18
II.3.4 Recuperación de Gastos.....	19
II.4. Eficiencia.....	19
II.4.1 A nivel de actividades y/o componentes.....	19
III. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL Y RECOMENDACIONES.....	21
III.1. Conclusiones sobre el desempeño global	21
III.2. Recomendaciones.....	22
IV. BIBLIOGRAFÍA	23
V. ENTREVISTAS REALIZADAS	25
ANEXOS	26
Anexo 2(a): Matriz de Evaluación del Programa	27
Anexo 2(b): Medición de indicadores Matriz de Evaluación del programa, período 2013-2016	28
Anexo 2(c): Análisis de diseño del programa	29
Anexo 3: Procesos de Producción, Organización y Gestión del Programa.....	32
Anexo 4: Análisis de Género de programas Evaluados	43
Anexo 5: Ficha de presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos	44

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 Más Sonrisas para Chile”

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 gestionados 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 aumentar la oferta y cubrir de mejor forma la demanda insatisfecha que se observa en esta área. 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 fueron creados.

I.1.2 Antecedentes y Objetivos

En el año 2013 se inicia un programa de salud oral denominado “Mujeres y hombres de escasos recursos” (MHER), que durante ese año otorgó 59.917 altas integrales¹ con una cobertura del 0,8% de la población beneficiaria del FONASA entre los 20 y 64 años y de esta demanda, el 80% fue de mujeres. Del total de mujeres atendidas, 9.598 pertenecían al programa del SERNAM denominado “Jefas de Hogar” lo que representa el 0,48% del total². Estos resultados llevaron a reformular el programa en el año 2014 en el actual “Mas Sonrisas para Chile” que se focalizó en la población femenina mayor de 20 años. En el año 2016 se modifica la edad de ingreso a los 15 años considerando que en el grupo entre 15 y 20 años la prevalencia de esta problemática justifica la ampliación del rango de edad; no hay tope de edad para acceder al beneficio. El objetivo fue facilitar la inserción social y laboral de mujeres con daño de sus piezas dentales a través de la atención integral curativa y de rehabilitación³. La atención de los hombres de escasos recursos (HER) quedó constituido como un componente que está fuera de esta evaluación.

Su objetivo a nivel de fin es “Disminuir las brechas socioeconómicas de acceso a la atención odontológica” y su propósito es “Aumentar la cobertura de la atención odontológica a mujeres mayores de 15 años de grupos más vulnerables a través de la red de APS”. Es decir, se cubre todo el espectro de la patología odontológica, incluyendo la rehabilitación a través de prótesis totales o parciales.

Los criterios de focalización en población vulnerable, que se entiende como aquella de nivel socioeconómico bajo y/o situación de marginalidad social, se logran a través del trabajo conjunto con instituciones cuyo actuar se centra en estos grupos y que son las instancias que derivan a las pacientes para ser beneficiadas con el programa. No se tiene antecedentes de los criterios específicos de focalización que cada institución aplica en la selección de las mujeres referidas, ya que estos no están explicitados.

Las instituciones son:

- Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SERNAMEG)⁴,
- Fundación Promoción y Desarrollo de la Mujer (PRODEMU)⁵
- Fundación Integra y Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) para el personal que labora en estas instituciones,
- Programa de Recuperación de Barrios del Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU)⁶
- Sistema “Seguridades y Oportunidades” del MIDESO (Ex Chile Solidario)⁷.

El programa por tanto está diseñado para beneficiar a las mujeres derivadas por estas instituciones, sin poder accederse a él a través de demanda espontánea en la red pública. Sólo en circunstancias en que

¹ Alta integral hace referencia a la resolución de toda la patología bucal (recuperativa) que el paciente tiene al momento de consultar, que permiten restaurar aquellas lesiones provocadas por caries o enfermedad periodontal.

² Informe PMA de género 2013 SERNAM

³ La atención integral curativa hace referencia a la resolución de toda la patología bucal que tiene la paciente al momento de consultar, y la de rehabilitación hace referencia en este contexto, a la incorporación de prótesis total o parciales, sean fijas o removibles.

⁴Tiene la misión de “promover en la sociedad la igualdad, autonomía, equidad, no discriminación y una vida libre de violencia para las mujeres”

⁵ Fundación para la Promoción y el Desarrollo de la Mujer que tiene como misión “Entregar herramientas a las mujeres para el desarrollo pleno de su autonomía, su liderazgo y el ejercicio de sus derechos, a través de una oferta formativa a nivel nacional”.

⁶ El Programa se inicia el año 2006 como medida presidencial, con el objetivo de recuperar física y socialmente “Mi Barrio”, facilitando el vínculo de ese barrio con su ciudad; para ello se desarrolla un trabajo participativo entre el MINVU, municipio y la comunidad. El año 2014 vuelve a ser medida presidencial para 203 nuevos barrios en las 15 regiones del país. Se centra en mejorar los espacios públicos, fortalecer el tejido y la inclusión social a través de la participación.

⁷ Programa orientado a personas y familias en situación de extrema pobreza que promueve su incorporación a las redes sociales, así como su acceso a mejores condiciones de vida para superar la condición de indigencia. Funciona a través de dispositivos de intermediación, consejería y acompañamiento, como medidas de apoyo psicosocial.

haya cupos no llenados, se atiende a mujeres que estén en lista de espera para atención odontológica, lo cual se define a nivel de cada prestador de la red APS. Cuando no hay recursos suficientes, humanos o de infraestructura en la APS para hacerse cargo de este programa, la municipalidad establece convenio con prestadores privados para la atención de las pacientes que dicha municipalidad debe atender.

Para facilitar el acceso y la continuidad en la atención, las mujeres referidas se pueden realizar el tratamiento en el consultorio más cercano a su lugar de trabajo (en vez de aquél en que están inscritas) y se deriva con un documento que le informa del beneficio e invita a comprometerse en completar su tratamiento.

Este Programa tiene un solo componente que es el alta integral, definido como la finalización del tratamiento, cumpliendo con las etapas de examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación, incluyendo recuperación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removibles si corresponde. Las prestaciones que se incluyen en este componente son las siguientes: examen de salud, destartraje y pulido coronario, obturaciones de amalgama, vidrio ionómero y/o composite, radiografías periapicales, exodoncias y prótesis removible (acrílica o metálica). Se hace entrega además de un cepillo y pasta dental para adulto. Se estima que en promedio se realizan 14 sesiones por paciente de 20 a 30 minutos cada una; sin embargo, el tiempo y número de sesiones dependerá del nivel de daño y severidad de la patología de cada paciente.

Se realizan además en forma regular auditorías clínicas al 5% del total de fichas clínicas de pacientes atendidas, las cuales evalúan la pertinencia de las prestaciones entregadas en cada caso; esta actividad fue presentada por el MINSAL como un componente del programa, sin embargo, el panel ha estimado que esta es una actividad relacionada con el control de calidad del programa y por tanto no constituye un componente. Esta actividad la realiza cada entidad responsable de la ejecución del programa; los resultados de éstas pudieran implicar alguna acción respecto del prestador, sin embargo, el MINSAL no tiene injerencia respecto de éstas ni conoce de ellas en forma sistemática.

El programa define un precio por cada “alta integral” a partir de una canasta, y se otorgan tantos cupos como permita el presupuesto asignado cada año. Estos cupos definen la meta anual del programa, y su evaluación se realiza a través del cumplimiento de dicha meta. La asignación de cupos a las diversas instituciones es revisada en las mesas regionales constituidas con representantes de APS, SERNAM, JUNJI, Integra, MINEDUC y PRODEMU, teniendo como marco referencial un 20% de los cupos para SERNAM, JUNJI un 8%, Integra 4% y Ministerio de la Vivienda Barrios Saludables 5% y PRODEMU 3%. De esta forma, un 60% de los cupos se destinan a la demanda local de pacientes en listas de espera.

El programa considera la atención odontológica para estas pacientes tanto a través de profesionales de la Atención Primaria de Salud (APS) que se contrata para estos efectos o a la compra de servicios a clínicas o consultas privadas, la cual se realiza cuando no hay disponibilidad de infraestructura en los centros de APS. En el año 2016, el 23% de las altas integrales se otorgaron en prestadores privados (23.822 altas), proporción que se ha mantenido estable entre 26% y 23% en los años que lleva el programa. Los horarios de atención que se privilegian son en la mañana o en extensión horaria. En ambos casos, se ha de recurrir a laboratorios externos para la confección de las prótesis dentales que una importante proporción de pacientes requiere.

La superposición que este programa pudiera tener con otros, se da respecto de la actividad que se lleva a cabo en el nivel secundario de especialidades, donde como se señalara hay importantes listas de espera y por tanto este programa es más bien complementario y sinérgico con las demás actividades de la red pública. En cuanto al PRAPS que incorpora endodoncia y prótesis en el nivel APS, la que no tiene focalización por género, su norma técnica excluye a pacientes beneficiarias del programa Más Sonrisas; en la mirada global de la oferta, ambas se suman al esfuerzo de aumentar la cantidad de personas que resuelven su problemática.

I.1.3 Contexto de política en que se inserta

Son varios los ámbitos en los cuales este programa da cuenta de políticas públicas:

Equidad de Género: “Más Sonrisas para Chile”, corresponde a una de las 50 medidas de Gobierno para los 100 primeros días definida por la Presidenta de la República y está incorporada en el ítem Equidad de Género: Medida N°40 que alude a: “Cuando una mujer busca trabajo, la falta de piezas dentales le dificulta mucho el obtener un empleo, además de afectar su autoestima. Pondremos en marcha el programa Más Sonrisas para Chile, que atenderá a 400.000 mujeres, permitiendo la recuperación integral de su salud bucal.”

Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020⁸ 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.⁹

Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, que de acuerdo a 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”*.¹⁰

Garantías Explícitas en Salud Problema Salud Oral de la Embarazada: que brinda atención odontológica hasta el alta integral a toda mujer embarazada.

Programa de Salud Oral del Programa de Salud Familiar de la APS: este programa no incorpora en forma regular la endodoncia y prótesis, las cuales se llevan a cabo en el nivel secundario de atención.

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

Las mujeres que acceden al programa deben ser beneficiarias del FONASA y/o PRAIS¹¹ y ser mayores de 15 años. Este límite de edad está siendo reconsiderado por los responsables del programa, con relación a volver a establecer el límite de los 20 años para ingresar al programa. El argumento sería que los prestadores pudieran estar descremando pacientes de menores edad que consecuentemente tienen menos daño. Por otro lado, la historia natural de la enfermedad crónica bucal es de un daño creciente en el tiempo si no hay tratamientos periódicos y, por tanto, a más edad de la paciente, más será el daño por reparar. Esto se evidencia en las estadísticas que más adelante se presentan. Así, mientras más precozmente se intervenga, menor será el daño posterior y el impacto negativo en los ámbitos de calidad de vida y reinserción social; este criterio aplica a cualquier programa odontológico. A juicio del panel, la definición respecto de los tramos de edad a beneficiar con el programa, ameritarían la revisión sistemática de la experiencia hasta ahora recogida para que la decisión a tomar esté adecuadamente fundada.

⁸ <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

⁹ La ENS incorpora la salud bucal en la población infantil y adolescente; no específicamente en mujeres adultas.

¹⁰ 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. No se hace particular mención a la atención dental.

¹¹ Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos: instrumento de reparación del Ministerio de Salud, que se hace cargo de las necesidades de salud de las personas más severamente afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el periodo comprendido entre el 11 de septiembre de 1973 y el 10 de marzo de 1990, considerando las consecuencias que dichos actos violatorios provocaron en la salud de los afectados.

Los criterios para la asignación de cupos entre las diversas instituciones que pueden derivar a las pacientes no están normados, con excepción de la definición de que, en todas las comunas, un 20% de éstos son de SERNAM para participantes del Programa Mujer Trabajadora y Jefa de Hogar, Mujer Trabaja Tranquila y las usuarias del Programa Chile Acoge. La razón de esto, según lo señalado por la contraparte, es que la realidad local es muy diferente entre cada comuna y, por tanto, se deja a decisión local la asignación de cupos. Si quedaran cupos disponibles, éstos se completan con mujeres que se encuentran en el Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE).

No es posible establecer con certeza la población potencial u objetivo por diversas razones:

- El programa define cantidad de altas integrales a ser llevadas a cabo, no la cobertura respecto de una población definida y acotada.
- El criterio de “vulnerabilidad” que está explicitado en el propósito, se define a nivel de cada institución que deriva a los pacientes y a nivel de la APS para aquellas pacientes que corresponden a la demanda local. No se conoce cuáles son estos criterios.
- El hecho de que este programa se base en la derivación de pacientes desde diferentes instituciones no hace posible cuantificar la población potencial, ya que los integrantes de los programas en cada institución son dinámicos y por tanto no cuantificables como población potencial.
- Si se tuviera dicha estimación, tampoco sería posible cuantificar población objetivo, ya que no se sabe cuáles de estas mujeres son candidatas al tratamiento dental. Las estimaciones de prevalencia de enfermedad posiblemente no aplican, ya que se trata de poblaciones pre seleccionadas por otros criterios de vulnerabilidad

Estimación de población potencial y objetivo:

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

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

Las estadísticas respecto de la prevalencia de caries en mujeres, da cifras de un 63%¹² y de percepción de necesidad de prótesis en mujeres mayores de 17 años de un 26%¹³.

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

Cuadro N° 2: Estimación de población potencial y objetivo

	Grupo poblacional	Personas
	Mujeres beneficiarias del FONASA de 20 y más años	5.225.196
Población Potencial	Grupos A y B de FONASA	3.082.866
Población Objetivo	Prevalencia de caries 63%	1.911.377
	Prevalencia percepción necesidad de prótesis 26%	801.545

¹² Encuesta Nacional de Salud 2003

¹³ Encuesta Nacional de Salud 2010

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

Cuadro N° 3: Número de beneficiados efectivos del Programa Más Sonrisas para Chile

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

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

I.3. Antecedentes presupuestarios

A continuación, se presenta el presupuesto del Programa, incluyendo aquél destinado al presente año 2017

Cuadro N° 4: Presupuesto total del programa 2013-2017 \$ de 2017

Año	Presupuesto total del programa (incluye todas las fuentes de financiamiento) ¹⁴	Presupuesto del Programa proveniente de la Institución Responsable (a)	Presupuesto Total Institución Responsable (b)	Participación del programa en el presupuesto de la Institución Responsable (%) (a/b)
2013	0	0	0	0,0%
2014	7.517.018	6.660.314	1.194.487.713	0,5%
2015	19.197.302	16.706.708	1.305.774.144	1,2%
2016	19.565.366	17.012.666	1.411.694.310	1,2%
2017	19.570.265	17.015.265	1.524.667.712	1,1%
% Variación 2014-2017	160%	155%	27%	

Fuente: Ficha de distribución del presupuesto MINSAL, 2014-2017, Proyecto de Ley de presupuestos.

II. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

II.1. Justificación del programa

La existencia de un programa orientado a resolver la problemática que tienen personas que han perdido piezas dentarias focalizado en el grupo de mujeres está bien fundamentado, según se señala a continuación:

¹⁴ En caso que el financiamiento del programa provenga de una única institución y no tenga aportes de terceros, no debe completarse esta columna.

Los estudios efectuados por el MINSAL concluyen que, en el año 2013, sólo un 20% de la población entre los 35 y 44 años conserva su dentadura completa y esta cifra se reduce al 1% en población de 65 a 74 años¹⁵.

La oferta de la red pública es insuficiente y genera listas de espera; según los antecedentes entregados por la contraparte, al 30 de junio del 2016 se registraban 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. La especialidad de prótesis removible da cuenta del 23% de estos casos y las endodoncias de un 18%.

El daño es mayor en mujeres, tal como se muestra a continuación:

- En términos de las personas que reciben atención odontológica, del total que ingresaron el año 2013 a tratamiento dental en la red pública de la APS, sólo el 24% de las mujeres fue considerada sana al ingreso vs el 33% de los hombres y en cuanto a gravedad del daño, éste se comprobó mayor en mujeres que en hombres.
- Este mayor daño en mujeres también se refleja en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud del año 2013, donde la pérdida de piezas dentarias es mayor en mujeres que en hombres, tanto en cuanto pérdida parcial como total de piezas. En cuanto a la prevalencia de caries, las cifras son semejantes para ambos sexos.

**Cuadro N° 5: Resultados en el ámbito de la salud bucal
Encuesta Nacional de Salud 2003 - Chile**

Condición	Total	Totales urbano	Totales rural	Hombres	Mujeres
Desdentado algún maxilar (0 diente en el maxilar)	13,3%	s/d	s/d	9,1%	17,2%
Desdentado ambos maxilares (0 dientes en la boca)	5,5%	5,3%	7,2%	3,2%	7,7%
Nº promedio de caries por boca	2,5%	2,2%	4,2%	3%	2,1%
Prevalencia de caries dentales	66,2%	64,3%	78,6%	69,7%	63,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2003

Cuadro N° 6: Percepción de necesidad de prótesis según sexo y nivel educacional Población mayor de 17 años Encuesta Nacional de Salud 2010 - Chile

Total	Hombres	Mujeres	Nivel educacional (Años de Estudio)		
			< 8	8 a 12	>12
25,3%	24,4%	26,1%	50,1%	24,1%	11,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2010

A juicio del panel la estrategia de aumentar la oferta para resolver esta problemática está plenamente validada, así como lo están las actividades que contempla en cuanto a las prestaciones entregadas. Ellas cumplen con el objetivo de resolver integralmente el problema de salud bucal de las pacientes tratadas; un hecho que corrobora este juicio es que, para realizar las actividades de rehabilitación a través de la colocación de una prótesis, la paciente debe ser tratada de las otras alternaciones y daños que presente. De esta forma, hay una atención que lleva al alta integral de la paciente.

En cuanto a la población potencial y objetivo, éstas no están a juicio del panel adecuadamente definidas, así como tampoco los criterios de vulnerabilidad. No es posible saber si efectivamente las pacientes están

¹⁵ Evaluación Ex Ante programa Odontológico Integral MINSAL 2014

dentro de los grupos más vulnerables, ya que no se tiene criterios como ruralidad y nivel de escolaridad claramente evidenciados, que son factores asociados a mayor daño. En este sentido, se asume que las instituciones que derivan a las pacientes están en esa condición, pero no se tiene evidencia de ello ni de su cuantificación. El diseño incluye la resolución de pacientes en listas de espera si hubiera cupos disponibles, lo cual se considera una medida muy adecuada; sería de interés poder cuantificar la medida en la cual el programa resuelve esta demanda insatisfecha.

La modificación en cuanto a edad en la cual se ingresa al programa no queda claramente justificada; según los datos de prevalencia el mayor daño aparece en edades más tardías. Puede que existan otros criterios que no están explicitados y justifiquen esta selección en cuanto grupo etario, sin embargo, es un tema que a juicio del panel amerita ser revisado.

En cuanto a la asignación de cupos, la información de que dispone el panel no permite establecer con claridad si éstas son establecidas en forma fija o si son variables de acuerdo con la realidad local de cada comuna en la cual el programa se lleva a cabo. Sin embargo, no parece adecuado el criterio de cupos, ya que lo relevante sería atender prioritariamente a las personas que tienen mayor daño, independientemente de la institución que las derive. En un mismo sentido, la existencia de pacientes con mayores daños que otras, llevaría a la necesidad de tener dos canastas con precios diferenciados. Un modelo de preselección o tamizaje podría priorizar aquellas con más daño y a su vez pagar la canasta correspondiente a la cantidad y complejidad de prestaciones a realizar.

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).

El programa no cuenta con indicadores a nivel de propósito ni de fin.

Un estudio del año 2016 realizó una evaluación de impacto sobre la calidad de vida de las beneficiarias producto del programa, mediante el uso del cuestionario Oral Health Impact Profile (OHIP-49-Sp) para una muestra de beneficiarias del año 2014.¹⁶ El estudio encontró diferencias significativas en el índice de calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) de las pacientes después de recibir el tratamiento.

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

Este programa consta de un único componente, cuyo producto son las Altas Odontológicas Integrales a mujeres vulnerables mayores de 15 años. La meta fijada para este producto es de 100.000 altas al año. La meta fue superada en 3,5% y 2,5% los años 2015 y 2016 respectivamente. Para el año 2014 no hay información, pues la información se haya incluida dentro del componente “Mujeres y Hombres de Escasos Recursos”.

Cuadro N° 7: Producción y cumplimiento de metas del programa Mas Sonrisas para Chile.

	2014	2015	2016
N° altas realizadas	n.d.	103.499	102.109
N° altas comprometidas	100.000	100.006	100.000
Porcentaje de cumplimiento	n.d.	103,5	102,1

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el Programa

¹⁶ “Evaluación de impacto del Programa Más Sonrisas para Chile 2014 mediante el cuestionario Oral Health Impact Profile (OHIP-49-Sp)”. Alexis Ahumada Salinas. Tesis Magister en Salud Pública. Universidad de Chile. 2016.

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

Cuadro N° 8: Tabla 1 Producción de prótesis removibles

	2014	2015	2016
N° de prótesis	n.d.	81.711	83.319
Porcentaje de pacientes con prótesis	n.d.	79%	82%

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el Programa

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

El siguiente Cuadro muestra la evolución de las listas de espera para la población objetivo del programa. 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 su producción 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 programa.

Cuadro N° 9: Listas de espera mujeres mayores de 15 años. Diciembre, 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Endodoncia	2.728	3.417	5.326	9.314	21.897
Entre 15 y 64 años	2.576	3.250	5.054	8.845	20.746
Mayores de 65 años	152	167	272	469	1.151
Rehabilitación: Prótesis Removible	2.852	4.950	9.646	15.538	25.093
Entre 15 y 64 años	1.328	2.563	4.794	7.852	13.252
Mayores de 65 años	1.524	2.387	4.852	7.686	11.841
Total general	5.580	8.367	14.972	24.852	46.990

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

El programa no cuenta con un registro de beneficiarios efectivos. No obstante, es posible suponer que cada alta integral corresponde a una beneficiaria distinta. De esta forma se estiman los valores presentados en la siguiente tabla

Cuadro N° 10: N° de Beneficiarios Efectivos Años 2014-2016

	2014	2015	2016	% Variación 2015-2016
Componente 1	n.d.	103.499	102.109	-1,3%
Total	n.d.	103.499	102.109	-1,3%

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el programa

Se observa una leve disminución en el número de beneficiarias entre los años 2015 y 2016. Sin embargo, se debe tener en cuenta que las beneficiarias solo permanecen en el programa mientras dura el tratamiento, por lo que las beneficiarias de 2015 son distintas a las de 2016. En consecuencia, el programa ha atendido a 205.608 mujeres entre los años 2015 y 2016.

Como ya se señaló en la descripción del programa, este no cuenta con estimaciones de su población potencial y objetivo. Se puede dar una aproximación gruesa considerando las mujeres que requieren tratamiento contra las caries (1.911.377) o prótesis (801.545) en los grupos A y B de Fonasa. Para el siguiente cuadro se consideró como población objetivo el número de mujeres que requieren prótesis.

Cuadro N° 11: Cobertura Años 2014-2016

Año	Población Potencial (a)	Población Objetivo (b)	Beneficiarios Efectivos (c)	% Beneficiarios respecto a Población Potencial (c)/(a)	% Beneficiarios respecto a Población Objetivo (c)/(b)
2014	n.d.	801.545	n.d.	n.d.	n.d.
2015	n.d.	801.545	103.499	n.d.	13%
2016	n.d.	801.545	102.109	n.d.	13%
%Variación 2013-2016	n.d.	0.0%	-1,3%	n.d.	-1,3%

Fuente: Elaboración propia

El programa se focaliza en mujeres mayores de 15 años pertenecientes a los grupos más vulnerables. Respecto al cumplimiento de los dos primeros criterios, no existe problema porque son fácilmente verificables.¹⁷ Respecto a la pertenencia a los grupos más vulnerables no existe una definición explícita ni un procedimiento estandarizado para la selección de beneficiarias, quedando esta en manos de las instituciones que derivan a las pacientes.

Una preocupación de la unidad gestora del programa es que los municipios y servicios de salud podrían estar realizando una selección de pacientes, privilegiando a las que presentan menor daño y, por ende, menor costo.¹⁸ Esto se reflejaría en una cantidad menor de prótesis que las esperadas y una participación mayor de pacientes de menor edad. Esto, sin embargo, no viola los criterios de focalización ya que el nivel de daño no está establecido dentro de ellos.

En consecuencia, se recomienda definir criterios explícitos de vulnerabilidad y un mecanismo uniforme de selección de beneficiarias al interior de las organizaciones participantes, incorporando el criterio de “nivel de daño”. De esta forma se asegura que mujeres en igualdad de condiciones tengan las mismas posibilidades de beneficiarse del programa.

Asimismo, se recomienda que el programa defina de manera explícita sus poblaciones potencial y objetivo de una manera cuantificable y realice una estimación de estas.

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

Este programa es el único de los programas odontológicos de reforzamiento de la APS que cuenta con auditorías para verificar la calidad de los servicios entregados. Sin embargo, no se lleva un control sistemático de los resultados de estas auditorías por parte del equipo de gestión del programa, registrándose como indicador solamente el número de auditorías realizadas en relación con el número de auditorías comprometidas.¹⁹

¹⁷ Aunque en la base de datos REM para 2015 aparece un número pequeño de altas de pacientes menores de 15 años e incluso de hombres. Esto posiblemente se deba a errores de registro.

¹⁸ Esto se conoce en la literatura económica como “descreme”

¹⁹ En lo formal, la realización de auditorías es considerada un componente del programa, lo cual, a juicio de este panel, debe ser corregido, ya que estas son un instrumento y no un fin en sí mismo.

Estas auditorías se realizan al 5% de las altas odontológicas y consisten en revisión de fichas clínicas y examen clínico de los pacientes. Cada comuna o Servicio de Salud contrata un odontólogo para esta labor, el cual no puede haber estado involucrado en la prestación del servicio.

El único análisis de estas auditorías, que este panel tenga conocimiento, fue elaborado en 2005 para las auditorías realizadas el año previo.²⁰ Este estudio enfrentó una serie de problemas en la recolección de los datos, desde el incorrecto llenado de los formatos a la entrega de información incompleta (Un servicio no entregó la información y otro sólo la de un establecimiento). En cuanto a los resultados de las auditorías, la revisión de las fichas clínicas reveló que un gran número de ellas estaban incompletas (Solo 66% tenían registrado el motivo de la consulta y 73% consignaban el diagnóstico odontológico, entre otras). En la evaluación de los procedimientos odontológicos el promedio nacional alcanza una nota sobre 5.9 en la todos ellos y la mayoría de los servicios alcanza una nota superior a 5.0. Sin embargo, el Servicio de Salud Valdivia fue evaluado con nota 2.8 en la calidad del tratamiento protésico.

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

II.2.5 Estudio complementario

Objetivo

Estimar el nivel de daño existente en la población atendida y las prestaciones otorgadas a través del levantamiento de información de la ficha clínica de cada paciente y poder establecer si existen diferencias en el perfil de las prestaciones de salud bucal y en el tipo de tratamiento según daño, en el contexto del programa “Más Sonrisas para Chile” entregadas entre modalidad de prestadores.

Metodología

Se construyó una muestra de Servicios de Salud y Establecimientos de Salud por conveniencia para asegurar la representación de todos los tipos de prestadores y de todas las condiciones geográficas. Se seleccionaron 38 prestadores de 15 comunas de la Región Metropolitana. De cada uno de estos prestadores se revisaron las últimas 13 fichas clínicas de los pacientes atendidos.

Con base en esta información se construyeron indicadores que permiten comparar la distribución entre prestadores institucionales y prestadores de compra de servicios tanto en condición rural como urbana de:

- Edad
- La severidad del daño en salud bucal
- La severidad del desdentamiento de los individuos del programa.
- El número de atenciones por caso resuelto
- El número de controles registrados
- Número de acciones de operatoria
- Número de acciones de Periodoncia
- Tipo de prótesis realizada
- Número de prestaciones preventivas
- Perfil de daño en beneficiarias

²⁰ “Informe Auditorías Clínicas Programas Mas Sonrisas para Chile y Mujeres y Hombres de Escasos Recursos, Año 2014.” Dpto. Modelo de Atención Primaria. DIVAP. SRA. Abril de 2015.

- Conjunto de prestaciones realizadas en el 80% de los casos (esta cifra se ajustará a la realidad observada)
- Caracterización de prestaciones presentes en la canasta.
-

Conclusiones

De acuerdo con el propósito del estudio se puede concluir que los datos sugieren en su análisis que existen diferencias estadísticamente significativas entre algunos de los indicadores que se han analizado. La mayoría tienen relación con diferencias entre la condición geográfica de urbano rural, concentrando mayor daño en la condición urbana. Esto es consistente entre aquellos indicadores que han mostrado diferencias. Por otro lado, sobre el eje de modalidad de prestación de servicios se observan diferencias significativas en el índice COPD y sus componentes. Esto da cuenta de una concentración del daño por caries en la modalidad de atención del sistema. Ahora, al analizar los datos del perfil de daño de las beneficiarias, no existen diferencias estadísticamente significativas.

Por lo que se puede afirmar que no existen una concentración de diferencias en el perfil de daño y de las prestaciones de salud bucal en el contexto del programa “Mas Sonrisas para Chile” entregadas entre modalidad de prestadores. La modalidad de prestadores no determina diferencias en la complejidad y tampoco en el tipo de prótesis o tiempo en consultas que demora el cumplir con los objetivos del programa. Las prestaciones entregadas por el programa son coherentes y se enmarcan en los criterios de inclusión del programa. Las únicas diferencias encontradas que se pueden destacar tienen que ver con el perfil de necesidades de tratamiento, el tipo de material utilizado en la confección de prótesis y en la entrega del kit de higiene bucal, en que la condición geográfica de urbano rural donde se mantiene una diferencia.

Este estudio posee limitaciones en cuanto a la selección de la muestra, es de suponer que una muestra aleatoria podría mejorar la estimación de los parámetros. Sin perjuicio de lo anterior los datos sugieren resultados contundentes en cuanto a concluir que el programa “Mas Sonrisas para Chile” se desarrolla sin grandes diferencias entre las modalidades de compra de servicios o prestación entregadas por el servicio propiamente tal y que las diferencias encontradas en la condición urbana rural son explicables por la condición de ruralidad.

Se debe destacar que se consiguió la información de todos los establecimientos en los que se solicitó y que el levantamiento de información cumplió completamente su objetivo. Por otro lado, la información registrada en las fichas clínicas de los pacientes y que ha sido consolidada en la base de datos utilizada es de buena calidad y exhaustiva. Se esperaba tasas de registro más bajas de las que se han alcanzado.

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 al año 2014, ascendió a un monto de M\$6.660.314, el 2015 con M\$16.706.708, el 2016 con M\$17.012.666, y el 2017, con M\$17.015.612.

Cuadro N° 12: Presupuesto 2014-2017
M\$ de 2017

Año	Presupuesto inicial de la Institución responsable	Presupuesto Inicial del Programa (Asignación en Ley de Presupuesto)	% Respecto del presupuesto inicial de la institución responsable
2013	0	0	0,0%
2014	1.194.487.713	6.660.314	0,6%

Año	Presupuesto inicial de la Institución responsable	Presupuesto Inicial del Programa (Asignación en Ley de Presupuesto)	% Respecto del presupuesto inicial de la institución responsable
2015	1.305.774.144	16.706.708	1,3%
2016	1.411.694.310	17.012.666	1,2%
2017	1.524.667.712	17.015.612	1,1%

El incremento de presupuesto entre año 2013, respecto del presupuesto del año 2017, ascendió a un aumento del 259%. Este presupuesto forma parte de un 1% del presupuesto del MINSAL en Atención Primaria. Los primeros registros, explican que este aumento provendría del aporte fiscal del sector salud, sin tener registro de otras fuentes de apalancamiento financiero.

Por otro lado, incluyendo los recursos municipales, los presupuestos aumentan, resultando para el 2014, un presupuesto de M\$7.517.108, el 2015 con M\$19.197.302, el 2016 con M\$19.565.366, y el 2017 con M\$19.570.265. Este aporte comunal es solo recurso administrativo y logístico.

Cuadro N° 13: Fuentes de financiamiento

Fuentes de Financiamiento	2014		2015		2016		2017		Variación
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	2014-2017
1. Presupuestarias	7.517.108	100%	19.197.302	100%	19.565.366	100%	19.570.265	100%	160%
1.1. Asignación específica al Programa	5.569.981	74%	14.617.335	76%	14.880.505	76%	14.903.327	76%	168%
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 y 29, entre otros)	1.090.333	15%	2.089.373	11%	2.132.161	11%	2.111.938	11%	0%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	856.794	11%	2.490.594	13%	2.552.701	13%	2.555.000	13%	198%
2. Extrapresupuestarias	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
Total	7.517.108		19.197.302		19.565.366		19.570.265		160%

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 2013-2016, programa que se gestionan en base a metas comprometidas y ajustado el marco presupuestario.

La ejecución presupuestaria a nivel de subtítulo del Programa para los años 2013-2016, en la siguiente tabla:

Cuadro N° 14: Ejecución del Presupuesto

AÑO 2014	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	99.485	99.485	99.485	100,0%	100,0%

Bienes y Servicios de Consumo	939.806	939.806	939.806	100,0%	100,0%
Transferencias	5.569.981	5.569.981	5.569.981	100,0%	100,0%
Inversión	0	0	0	0,0%	0,0%
Otros (Identificar)	51.042	51.042	51.042	100,0%	100,0%
Total	6.660.314	6.660.314	6.660.314	100,0%	100,0%

Fuente:

AÑO 2015	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	856.541	856.541	856.541	100,0%	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	1.232.832	1.232.832	1.232.832	100,0%	100,0%
Transferencias	14.617.335	14.617.335	14.617.335	100,0%	100,0%
Inversión	0	0	0	0,0%	0,0%
Otros (Identificar)	0	0	0	0,0%	0,0%
Total	16.706.708	16.706.708	16.706.708	100,0%	100,0%

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	879.794	879.794	879.794	100,0%	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	1.252.367	1.252.367	1.252.367	100,0%	100,0%
Transferencias	14.880.505	14.880.505	14.880.505	100,0%	100,0%
Inversión	0	0	0	0,0%	0,0%
Otros (Identificar)	0	0	0	0,0%	0,0%
Total	17.012.666	17.012.666	17.012.666	100,0%	100,0%

Fuente:

AÑO 2017	Presupuesto Inicial				
Personal	824.964				
Bienes y Servicios de Consumo	1.286.974				
Transferencias	14.903.327				
Inversión	0				
Otros (Identificar)	0				
Total	0				

El nivel de ejecución del presupuesto a nivel de devengación de gasto asciende a un 100%, para los años 2014-2016, lo que evidencia un nivel alto de uso de recursos para asegurar las prestaciones de salud bucal.

Gasto de administración se han mantenido en un monto de \$800 millones, que conforma un 4,7% del total de presupuesto del año 2016, M\$17.012.666, un porcentaje de menor de gasto menor respecto de la inversión manejada.

Por otra parte, el porcentaje de administración se mantiene en un 9,7%, así como un 90% de inversión entre los años 2016-2017, según se detalla en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 15: Gastos Total del Programa según uso, desagregado en gastos de administración y gastos de producción, período 2013-2016
M\$ de 2017

AÑO 2014	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH. vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	\$ 99.485	\$ 342.717	\$ 442.203	5,9%
Otros Gastos	\$ 6.509.787	\$ 565.118	\$ 7.074.905	94,1%
Total	\$ 6.609.272	\$ 907.836	\$ 7.517.108	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	87,9%	12%	-----	-----

Fuente:

AÑO 2015	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH. vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	\$ 856.541	\$ 996.237	\$ 1.852.779	9,7%
Otros Gastos	\$ 15.850.167	\$ 1.494.356	\$ 17.344.523	90,3%
Total	\$ 16.706.708	\$ 2.490.594	\$ 19.197.302	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	87%	13%	-----	-----

Fuente:

AÑO 2016	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH. vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	\$ 879.794	\$ 1.021.080	\$ 1.900.874	9,7%
Otros Gastos	\$ 16.132.871	\$ 1.531.620	\$ 17.664.492	90,3%
Total	\$ 17.012.666	\$ 2.552.701	\$ 19.565.366	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	87,0%	13%	-----	-----

II.3.3 Aportes de Terceros²¹

Un aporte significativo ha tenido para el Programa Mas Sonrisas los aportes de las Municipalidades/Corporaciones que se materializan en recursos administrativos y logísticos para garantizar las prestaciones de salud bucal definidas.

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

²¹ 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 capita, 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.

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

La modalidad de adquisición de insumos y contratación de horas profesionales es realizada desde los Servicios de Salud con la Atención primaria, cuyo nivel de rendición de gastos a la fecha es del 100%.

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

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).

La información actualmente disponible se encuentra para el primer componente y para el período 2014 a 2016.

Para efectos de comparación se usaron los valores MAI y los precios de un arancel referencial privado (ARP)²².

II.4.1 A nivel de actividades y/o componentes

Este indicador muestra un pequeño incremento en el costo promedio por alta integral de 3,22% real entre 2015 y 2016, ello originado en que, si bien los recursos se incrementaron en un 1,8% real entre ambos años, las altas integrales tuvieron una disminución de 1,3%.

Respecto a la disminución de las altas integrales, como se señaló en el capítulo de eficacia, se debe tener en cuenta que las beneficiarias solo permanecen en el programa mientras dura el tratamiento, por lo que las beneficiarias de 2015 son distintas a las de 2016 y, además, se encuentra cumplida la meta. En estricto rigor, en ambos años, la producción fue mayor a la meta.

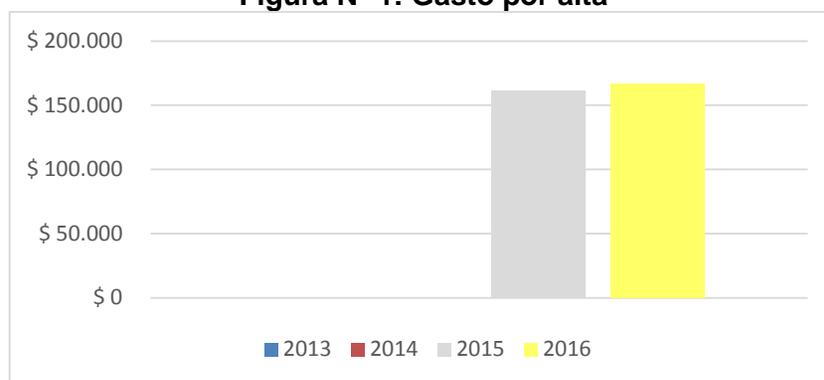
**Cuadro N° 16: Gasto por alta
\$ de 2017**

Concepto	2013	2014	2015	2016	VAR 2015 a 2016
a. Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)	N/A	6.560.818.673	16.706.709.946	17.012.665.390	1,83%
b. N° altas	N/A	N/D	103.499	102.109	(1,34%)
Gasto por alta (a/b)	N/A	N/D	161.419	166.613	3,22%

Fuente: Elaboración propia a base de información Minsal

²² Este es un arancel privado en cuya estimación se utilizó la estructura del arancel del Colegio de Cirujano Dentistas, pero no corresponde a una publicación ni oficial ni extra oficial de este organismo, quien se encuentra elaborando un arancel, pero, a la fecha del presente informe, no ha sido finalizado. El utilizado, como referencia en este estudio, se puede encontrar en <http://dentonet.cl/uco/>.

Figura N° 1: Gasto por alta



Para comparar el nivel de precios, se usaron dos vectores, el de la MAI, por considerarlo el piso en términos de costos y un arancel privado, como expresión de precio máximo que podría salir el costo de este componente. Cada uno de estos vectores se multiplicó por los vectores de cantidades y frecuencias de la canasta entregada por el Minsal.

Al comparar estos valores con los precios del arancel MAI y un arancel referencial privado nos encontramos que los valores son cercanos a los de la MAI, por lo que estaríamos en un buen nivel de eficiencia para este componente.

Código	Ítem o Prestación	Valor (\$)	Frecuencia (Nº)	Total (\$)	\$ MAI 2017	ARP ²³
2701013	Examen de Salud	\$ 3.482	100%	\$ 3.482	\$ 3.400	\$ 16.636
2701003	Destartraje y pulido coronario	\$ 7.730	100%	\$ 7.730	\$ 7.560	\$ 24.954
Tratamiento						
2701009	Obturaciones amalgama	\$ 10.976	400%	\$ 43.904	\$ 42.880	\$ 133.088
2701016	Obturaciones vidrio ionómero	\$ 6.479	100%	\$ 6.479	\$ 6.320	\$ 41.590
2701010	Obturaciones Composite	\$ 10.435	100%	\$ 10.435	\$ 10.200	\$ 41.590
2701015	Radiografía	\$ 3.178	50%	\$ 1.589	\$ 1.550	\$ 2.912
2701006	Exodoncia	\$ 4.507	300%	\$ 13.521	\$ 8.310	\$ 124.770
Rehabilitación						
2702023	Endodoncia uni o birradicular	\$ 51.825	30%	\$ 15.548	\$ 15.195	\$ 29.945
	Destartraje y pulido radicular (a)	\$ 9.596	100%	\$ 9.596	\$ 9.596	\$ 83.180
2702007	Prótesis de Restitución (FASE CLINICA)	\$ 22.267	60%	\$ 13.360	\$ 26.214	\$ 59.548
2702011	Prótesis Restitución (FASE LAB.)	\$ 22.267	60%	\$ 13.360	\$ 13.050	\$ 59.548
2702011	Prótesis Restitución (FASE LAB.)	\$ 67.184	20%	\$ 13.437	\$ 4.350	\$ 59.890
2702008	Prótesis Metálica	\$ 67.184	20%	\$ 13.437	\$ 13.130	\$ 59.890
Insumos Higiene						
	1 cepillo y pasta dental (b)	\$ 3.142	100%	\$ 3.142	\$ 3.142	\$ 3.142
TOTAL				\$ 169.020	\$ 164.897	\$ 740.682

²³ En caso de encontrarse más de una prestación con glosa similar, se usó el promedio simple de estas.

III. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL Y RECOMENDACIONES

III.1. Conclusiones sobre el desempeño global

El programa es bien evaluado en cuanto a que participa en la resolución de una problemática concreta y medida, que constituye un problema de salud pública. Se justifica así la intervención del Estado a través de estrategias particulares, que se focalicen en la población con mayor daño, para lo cual es adecuado un enfoque de género. Sin embargo, no está claro cuál es el grupo etario que, a partir del daño existente, debiera ser focalizado.

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

La superposición se da con la atención de especialidades en el nivel secundario, donde existen listas de espera importantes, donde teóricamente debiera resolverse este tema; la estrategia de este programa justamente está orientada a resolver esta patología que puede ser asumida por un odontólogo general y por tanto tiene una cartera de servicios acotada. Si la paciente tiene mayor complejidad se deriva al nivel secundario o puede acceder al programa Más Sonrisas cuando se la incorpora a las listas de espera.

En opinión del panel, esta superposición en los hechos no se da, ya que el paciente que ingresa al programa evaluado tiene una vía muy particular para ser referido; en el caso que se diera, sería en forma muy marginal.

Otra superposición posible en teoría es con el componente “Endodoncia y prótesis en APS” del programa Mejoramiento del Acceso, sin embargo, este programa establece en su norma técnica, que la paciente beneficiada con el programa Mas Sonrisas no puede acceder a ambos. En cuanto al programa GES que beneficia a las embarazadas, sí se produce una superposición.

Es importante señalar que la mera existencia de listas de espera hace que estos programas más que superpuestos, refuercen el logro de los respectivos fines.

Respecto de la focalización, si bien se considera adecuada la elección de instituciones participantes en el programa, se recomienda definir criterios explícitos de vulnerabilidad y un mecanismo uniforme de selección de beneficiarias al interior de estas organizaciones, incorporando el criterio de “nivel de daño”. De esta forma se asegura que mujeres en igualdad de condiciones tengan las mismas posibilidades de beneficiarse del programa. El mecanismo de cupos, que a partir de lo señalado no parece adecuado, no sería entonces aplicable, ya que se utilizaría el de nivel de daño, como criterio de ingreso; esto independiente de la institución que deriva.

En términos de grupo etario para acceder al beneficio, a juicio del panel se requiere una revisión, ya que como se presenta en el capítulo de justificación del programa, el nivel de daño es diferente de acuerdo con la edad, siendo mayor en edades mayores: un 20% de personas tiene dentadura completa entre los 35 y 44 años, lo que se reduce a un 1% en los de 65 a 74 años. Sin embargo, pudieran entrar otros

factores en la decisión de en qué rango de edad hay que focalizar el programa, como, por ejemplo, los impactos en calidad de vida que la falta de piezas dentarias puede provocar en edades más jóvenes. A esto se suma lo señalado por la contraparte en cuanto a que pudiera haber diferencias en la adhesión al tratamiento, es decir, al uso de la prótesis, también de acuerdo con la edad. Así, es un tema que requiere una redefinición.

Se considera que el diseño actual, principalmente en cuanto disponer de una sola canasta y valor del alta integral, pudiera generar un descreme en los pacientes a ser atendidos. Es decir, si el pago asociado al alta integral es uno solo independiente del nivel de daño y, por tanto, de las acciones o prestaciones que se deben realizar, el incentivo para atender pacientes con menor daño es mayor, ya que implica menos costo por una menor cantidad de prestaciones a ser realizadas; en esas condiciones, el valor que se margina es mayor. Esta es una situación no deseable, tanto porque se pudiera realizar un sobrepago como por el hecho de que pudiera posponerse a la paciente con mayor daño.

Junto con ello, las medidas de control y seguimiento se consideran insuficientes, dado que esta tarea la realiza la red APS y prestadores privados, con lo cual, el riesgo antes señalado se potencia.

Si bien este es el único de los programas evaluados dependientes de MINSAL que cuenta con auditorías de calidad, no existe evidencia de que éstas estén cumpliendo su función como un instrumento de gestión de la calidad de las atenciones del programa. Esto ya que no se puede verificar si los resultados de auditorías llevan a alguna medida respecto del prestador que realiza las prestaciones, y, por otro lado, no se sistematiza dicha información en forma periódica desde el Nivel Central para efectos de monitoreo.

El presupuesto del programa, asociados a recursos del MINSAL y de las Municipalidades, en el año 2014 contemplo un monto de M\$7.517.108, el cual tuvo anualmente incremento permanente de ingresos hasta llegar al año 2017, con un monto de M\$19.570.265, representando un 160% de crecimiento de presupuesto del Programa, y formado parte de un 1,11% del presupuesto del MINSAL en Atención Primaria. Los primeros registros explican que este aumento provendría del aporte fiscal del sector salud, y de recursos administrativos del presupuesto de las Municipalidades/Corporaciones.

El nivel de ejecución del presupuesto a nivel de devengación de gasto asciende a un 100%, para los años 2014-2016, lo que evidencia un nivel alto de uso de recursos para asegurar las prestaciones de salud bucal.

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

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

III.2. Recomendaciones

- Definir población potencial y objetivo en términos cuantitativos a objeto de medir cobertura y proyección de este programa en los próximos años; esto pudiera ser el resultado de un trabajo

conjunto con las instituciones que derivan a las pacientes en términos de hacer aproximaciones lo más cercanas posibles a la población que es objetivo del programa.

- Junto con ello se pudieran revisar los criterios de focalización aplicados: interesa saber a qué grupo de mujeres se está beneficiando con el programa, y de esta forma corroborar que los criterios de vulnerabilidad que están como objetivo central se están cumpliendo adecuadamente con la focalización que tiene el programa en su diseño. Interesa comprobar por ejemplo el % de mujeres de zonas rurales y / o bajo nivel educacional que están siendo atendidas, ya que éstos son dos factores reconocidos donde existe una gradiente con el nivel de daño observado.
- Eliminar el sistema de cupos y reemplazar la priorización de pacientes por criterios de nivel de daño, en los cuales las pacientes derivadas por las instituciones sean sometidas a un tamizaje previo, en el cual se defina, a partir de criterios pre establecidos, el nivel de daño. Esta medida se asocia a la siguiente:
 - Establecer canastas diferenciadas de acuerdo con el grado/complejidad del daño, lo cual permitiría un mayor grado de eficiencia en el uso de los recursos y compensar posible descreme de pacientes. Se establece de esta forma, un precio menor para pacientes que requieren menor cantidad de prestaciones e intervenciones y un mayor precio para aquellas que se deben resolver con prótesis, por ejemplo.
 - Se debe poder cuantificar la medida en la cual el programa ayuda a resolver las listas de espera en endodoncia y prótesis, especialmente porque hay en forma simultánea otros programas PRAPS con el mismo objetivo, pero con diseños distintos. Pudiera ser de interés saber cuál incide más en su resolución.
 - Definir la edad mínima para acceder al programa: esto a partir de estudios y análisis de la demanda resuelta, que permitan definir el tramo de edad con el mayor daño observado, porcentaje de personas que hacen uso efectivo de la prótesis y razones del no uso, descartando temas de calidad de la prótesis. Esto permitiría evaluar la necesidad de modificar los criterios de focalización.
 - Incorporar en los convenios que se realizan con las entidades ejecutoras, criterios que permitan garantizar la calidad de los profesionales que en ella participan, de los insumos y materiales utilizados, así como de los resultados a obtener. Se sugiere realizar las modificaciones necesarias a los convenios, de manera que permitan comparar la calidad de la atención entregada con un estándar preestablecido. Esto debe ir acompañado de un proceso formal de mejoramiento continuo, que permita corregir las desviaciones detectadas por las auditorías. En el mismo sentido, se recomienda reemplazar el indicador basado en el número de auditorías realizadas, por el porcentaje de auditorías con resultado satisfactorio.
 - Modificar la forma en que están diseñadas y son utilizadas las auditorías como herramientas de control de calidad, en términos de que éstas efectivamente entreguen información de utilidad para la gestión e impacten en la continuidad de los convenios para los casos en que sea recomendable su suspensión, para lo cual el MINSAL debe conocer de sus resultados y de las acciones que de ella se desprenden, además de utilizar dichos resultados para monitorear el seguimiento del programa.

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 Improvement 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 signficante, 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

V. ENTREVISTAS REALIZADAS

Fecha	Participantes
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° 17: Matriz de Marco Lógico

NOMBRE DEL PROGRAMA: MAS SONRISAS PARA CHILE			
AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2014			
MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DE SALUD			
SERVICIO RESPONSABLE: SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES, DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA			
OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA:			
Fin:			
Disminuir las brechas socioeconómicas de acceso a la atención odontológica			
Propósito:			
Aumentar la cobertura de la atención odontológica a mujeres mayores de 15 años de grupos más vulnerables a través de la red de APS			
Componente 1			
Altas odontológicas integrales Más Sonrisas para Chile en mujeres vulnerables mayores de 15 años			
Indicadores			
Dimensión/Ámbito de Control: Enunciado	Fórmula de cálculo	Fuente	Supuestos
Eficacia/Resultado: % de cumplimiento del programa	$\left(\frac{\text{Nº total de altas odontológicas integrales en mujeres beneficiarias Más Sonrisas para Chile}}{\text{Nº total de altas odontológicas integrales en Mujeres Más Sonrisas para Chile comprometidas}} \right) * 100$	REM A09 Planilla distribución de recursos	
Eficacia / Resultado: Reducción de listas de espera	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes atendidos}}{\text{Nº pacientes en Listas de Espera}} \right) * 100$	REM A09 Repositorio Listas espera MINSAL	1 Alta integral por paciente Mujeres 15 o más años en espera para prótesis removible
Calidad/Producto:	$\left(\frac{\text{Nº de auditorías con resultados esperados}}{\text{Nº total de auditorías realizadas}} \right) * 100$	SIN INFORMACIÓN REM A09	
Economía / Proceso: Ejecución presupuestaria	$\left(\frac{\text{Presupuesto devengado}}{\text{Presupuesto programado}} \right) * 100$		
Eficiencia/Producto: Gasto por producto (alta integral)	$\left(\frac{\text{Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)}}{\text{Nº altas}} \right) * 100$		

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

Cuadro N° 18: Indicadores

NOMBRE DEL PROGRAMA: MAS SONRISAS PARA CHILE							
AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2014							
MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DE SALUD							
SERVICIO RESPONSABLE: SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES, DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA							
OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA:							
Fin:							
Disminuir las brechas socioeconómicas de acceso a la atención odontológica							
Propósito:							
Aumentar la cobertura de la atención odontológica a mujeres mayores de 15 años de grupos más vulnerables a través de la red de APS							
Componente 1							
Altas odontológicas integrales Más Sonrisas para Chile en mujeres vulnerables mayores de 15 años							
		Indicadores		Evolución de Indicadores			
Dimensión/Ámbito de Control		Fórmula de cálculo		Cuantificación			
Enunciado				2013	2014	2015	2016
Eficacia/Resultado: % de cumplimiento del programa		$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ total de altas odontológicas integrales en mujeres beneficiarias Más Sonrisas para Chile}}{\text{N}^\circ \text{ total de altas odontológicas integrales en Mujeres Más Sonrisas para Chile comprometidas}} \right) * 100$		N/A	N/D	103%	102%
Eficacia / Resultado: Reducción de listas de espera		$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes en Listas de Espera}} \right) * 100$		N/D	N/D	412%	217%
Calidad/Producto:		$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de auditorías con resultados esperados}}{\text{N}^\circ \text{ total de auditorías realizadas}} \right) * 100$		N/A	N/D	N/D	N/D
Economía / Proceso: Ejecución presupuestaria		$\left(\frac{\text{Presupuesto devengado}}{\text{Presupuesto programado}} \right) * 100$		N/A	N/D	N/D	N/D
Eficiencia/Producto: Gasto por producto (alta integral)		$\left(\frac{\text{Ejecución presupuestaria (sin gasto administrativo)}}{\text{N}^\circ \text{ altas}} \right) * 100$		N/A	N/D	161.419	166.613

Anexo 2(c): Análisis de diseño del programa

Este es parte de los Programas de Reforzamiento de la APS (PRAPS) y en la presentación inicial que hizo el Ministerio de Salud, era un componente del Programa Odontológico Integral. En acuerdo con DIPRES y MINSAL, el componente se definió como Programa, considerando que sus objetivos y diseño ameritaban su presentación y evaluación como programa propio, incluyendo el hecho de tener un enfoque de género²⁴.

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

El fin que tiene el programa, cual es *“Disminuir las brechas socioeconómicas de acceso a la atención odontológica”* y su propósito, *“Aumentar la cobertura de la atención odontológica a mujeres mayores de 15 años de grupos más vulnerables a través de la red de APS”* se cumple a través del programa, ya que el acceso está focalizado en mujeres de menor nivel de ingreso, con lo cual se disminuyen estas brechas, y por su parte, se aumenta la cobertura de la atención odontológica, ya que el programa entrega cupos para “altas integrales”, es decir, hay un número definido de mujeres en quienes se completa el ciclo de atención en forma integral y completa.

Tanto el propósito como el fin del programa responden adecuadamente a la problemática de este grupo poblacional, que son las mujeres mayores de 15 años en situación de vulnerabilidad. Tal como se presenta en la justificación del problema, este grupo tiene dificultades en el acceso a la atención odontológica lo cual se expresa por las listas de espera existentes, lo cual genera una serie de impactos negativos en la calidad de vida e inserción social de estas mujeres.

La focalización en los grupos más vulnerables se cumple, ya que el programa está diseñado en forma tal que sean instituciones públicas cuya función es acoger a grupos vulnerables para su incorporación en otros programas sociales, quienes deriven a las pacientes.

El aumento de la cobertura se da con el aumento de la oferta de este tipo de atención, la cual está específicamente disponible para este tipo de pacientes, y sólo en el caso de haber cupos disponibles remanentes, se atiende a pacientes que se encuentren en listas de espera. Este grupo de pacientes, si bien no tienen el mismo grado de focalización que aquellas derivadas por las instituciones mencionadas, sí pertenecen a población beneficiaria del seguro público de salud y los impactos negativos de su patología bucal se dan de igual forma; así, su atención es consistente con el fin del programa.

Por otro lado, el hecho de que el programa se lleve a cabo en la APS, es un elemento facilitador para el acceso a este tipo de prestaciones, las que en condiciones habituales se entrega en el nivel secundario, donde la demanda insatisfecha para atención de especialidades es muy alta, tal como se ha señalado al momento de describir la justificación del programa.

El diseño está orientado a resolver una problemática de salud bucal, cual es el daño de piezas dentarias, a un grupo de mujeres que presentan un daño acumulado por falta de atención y resolución oportuna. Dado que este daño afecta más a mujeres, el enfoque de género está justificado.

Si bien pudiera apoyar en la resolución de las listas de espera, esta situación no está como criterio de priorización y su objetivo es mejorar la calidad de vida de estas mujeres, independientemente de dicha condición. Esto, ya que no todo paciente que requiere de este tipo de atención la solicita y no todo aquel que la solicita está en las listas de espera. Estas sólo dimensionan la demanda insatisfecha de pacientes que requieren atención en el nivel secundario, esto es, de especialistas. La demanda insatisfecha en APS,

²⁴ Esto fue propuesto por DIPRES y el panel en reunión sostenida con la Jefatura de los Programas Odontológicos, la que acogió la propuesta presentada, acordando en conjunto el realizar esta modificación.

personas que consultan en la APS y no son atendidos, denominados “rechazos”, no se cuantifica a nivel global ya que no hay mecanismos homogéneos para su cuantificación y por tanto capaces de integrarse.

El programa tiene un solo componente, el que entrega como resultado final el “alta integral” de las pacientes, lo cual implica que todas las prestaciones que se requiere para resolver la problemática de salud bucal, están incorporadas, las que incluyen el ámbito educativo y de técnicas de higiene bucal, además de las acciones curativas y de rehabilitación. Así, las acciones son las suficientes y necesarias para lograr el propósito.

Sin embargo, se ha señalado por parte de la contraparte técnica, que hay un cierto número de pacientes que no está cuantificado, que no hace uso de la prótesis, sin conocerse específicamente las razones de dicho comportamiento, el cual pudiera estar asociado a falta de adaptación de paciente a la prótesis y/o mal diseño de ésta; este tema es relevante toda vez que el objetivo principal del programa es reponer las piezas faltantes e impactar así en los efectos negativos que el edentulismo tiene en la calidad de vida.

En términos de la eficiencia del programa, aparece un fenómeno que si bien no es posible analizarlo en términos cuantitativos con la información disponible, es de importancia en el análisis del diseño y se refiere al posible descarte de pacientes, que significa que se seleccionen aquellas pacientes con menos daño bucal, donde el tratamiento es menos costoso y el pago pudiera ser mayor a los costos en que efectivamente se ha incurrido para el tratamiento y el alta integral; este fenómeno se puede dar, ya que el precio que se paga es uno solo y por tanto, no diferencia de acuerdo a nivel de complejidad / grado de daño. La elaboración de canastas diferenciadas según complejidad con sus correspondientes precios, evitaría este fenómeno y permitiría un mejor control del uso de los recursos que están disponibles.

En el mismo sentido de la eficiencia del programa, una parte significativa de las altas integrales entre un 26% y un 23% la llevan a cabo prestadores privados (individuales o institucionales), donde los mecanismos de control respecto de las prestaciones realizadas para cada alta integral vs el pago recibido, son aún más difíciles de llevar a cabo.

El orientar la compra de estos servicios a prestadores públicos, es decir, a los consultorios de la APS, facilitaría el control financiero, así como de calidad, satisfacción usuaria, etc., garantizando además la continuidad en la atención y el fortalecimiento del modelo de salud familiar, cuya base está en la APS. Este tipo de convenio directo con la APS pudiera ser además un incentivo para los prestadores públicos y los profesionales que laboran en él.

Los supuestos con que trabaja el programa que pudieran afectar su cumplimiento dicen relación con los procesos asociados a la elaboración de resoluciones y convenios con municipalidades, en los cuales participan los Servicios de Salud (SS) como intermediarios entre el MINSAL y las entidades municipales. Para reducir el riesgo de que los procesos administrativos demoren el inicio del programa y eventualmente su cumplimiento, los responsables de gestionar el programa a nivel del MINSAL se anticipan en los tiempos para elaborar dichas resoluciones y de esta forma, garantizar su oportuna tramitación y los procesos posteriores.

La carga de trabajo que impone este diseño es muy alta, tanto para el nivel central como para los SS en llevar a cabo los procesos de asignación y entrega de recursos y la elaboración de convenios con las municipalidades. No se vislumbra, con la normativa actual vigente en la cual la red de APS tiene una administración diferente, la posibilidad de un rediseño del proceso que pudiera simplificar o facilitar esta situación.

Una vez que se ha establecido el convenio con cada municipalidad participante, el desarrollo del programa queda enteramente bajo la tuición y responsabilidad de los municipios, en el supuesto de que el programa se lleva a cabo adecuadamente; para certificar esto, se ha diseñado un sistema de auditorías clínicas que corresponden al 5% del total de pacientes atendidas, las que eventualmente pudieran dar respuesta sólo en cuanto a la pertinencia de las prestaciones llevadas a cabo para el resultado final. Por su parte, el

estudio que fuera previamente reseñado en que se analizan la calidad de las encuestas, deja gran espacio de optimización en términos de la calidad y completitud de la información que entregan.

Se considera necesario incorporar mecanismos, indicadores y controles que permitan garantizar entre otros que:

- La calidad de los insumos y materiales utilizados sea la adecuada
- Los profesionales que participan tienen el perfil requerido
- Los tiempos que se utilizan están dentro de los rangos esperados
- La canasta de prestaciones es suficiente y adecuada para el resultado final esperado
- Los laboratorios que elaboran las prótesis tienen las certificaciones correspondientes que acrediten la calidad de sus productos

Esto requiere de un trabajo normativo dirigido por el nivel central, a partir del cual se puedan hacer estas normas exigibles y parte constitutiva de los convenios, y a partir de ello, desarrollar los mecanismos de control y seguimiento.

B. Sistema de indicadores del programa (Lógica Horizontal)

El programa tiene dos únicos indicadores, uno de eficacia que mide el cumplimiento de las altas integrales realizadas vs las comprometidas, y un segundo indicador con el mismo sentido, respecto de las auditorías comprometidas, cuyo sentido y utilidad se ponen en duda, ya que ese resultado no habla del objetivo final que tiene una auditoría, cual es mirar la calidad con que se realiza una actividad, en sus diferentes dimensiones.

La eficacia del programa se evalúa en términos del cumplimiento de las metas que se establecen y que dicen relación con entregar el total de altas integrales que son posibles de brindar con los recursos financieros disponibles. Así, se parte de la definición de cuántos cupos es posible otorgar y la eficacia del programa se mide en cuántos de estos cupos fueron efectivamente otorgados. Se ha sugerido incorporar como indicador de eficacia, la cuantificación de cómo el programa logra reducir las listas de espera, ya que parte de estas pacientes pudieran haber consultado y haber sido incluidas en las listas de espera.

El panel ha mantenido el primero de los indicadores y agregado en el ámbito de la eficacia, la medición en la reducción de las listas de espera, no visualizándose para ello una dificultad mayor respecto de su medición, ya que existen un sistema informatizado a nivel nacional de listas de espera.

Con relación a las auditorías, se ha propuesto un indicador que define la cantidad de éstas que tienen resultados coincidentes con "lo esperado". Esto requiere la definición de un porcentaje considerado como aceptable en cuanto al indicador y, por otro lado, la definición de qué elementos o criterios definirían el resultado de una auditoría como "adecuado" o "esperable". Este indicador cubriría el ámbito de calidad del producto. Se ve como factible esta medición, ya que los resultados de las auditorías pueden ser recogidos de cada establecimiento para su análisis.

En cuanto a mediciones de la eficiencia, se han propuesto tres indicadores: el gasto por producto (alta integral), el incremento que esta ha tenido desde el inicio del programa y el gasto por beneficiada, orientado al mismo fin. En estos, no se observa dificultad en su medición, considerando que son datos que por norma del Estado deben ser consignados. Sin embargo, hay que considerar que parte del financiamiento de este programa pudiera provenir del municipio, hecho que no es posible establecer, ya que por un lado el aporte que hace cada municipio a sus programas de salud es muy variable entre comunas y, en segundo término, la cuantía de este aporte y su destino específico no constituyen información pública.

Respecto de nuevos indicadores que pudieran medir el desempeño de las municipalidades en otros ámbitos más allá del que puede aportar la auditoría, el tema es complejo ya las municipalidades son instancias autónomas y, por tanto, cualquier tipo de control sólo pudiera establecerse a través del convenio. Con todo, la información que recoge la auditoría es a juicio del panel suficientemente completa como para que su análisis haga un aporte sustantivo al seguimiento del programa.

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 División de Atención Primaria (DIVAP) y el Depto. de Programación financiera de esa misma división.
- Las municipalidades a través de los responsables de los programas odontológicos
- Las instituciones con las cuales se vincula este programa para la derivación de las pacientes:
 - Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM),
 - Fundación Promoción y Desarrollo de la Mujer (PRODEMU)
 - Fundación Integra y Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) para el personal que labora en estas instituciones,
 - Programa de Recuperación de Barrios del Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU)
 - Sistema “Seguridad de Oportunidades” del MIDESO (Ex Chile Solidario).

Como órganos ejecutores se identifican dos tipos de establecimientos de APS: aquellos cuya administración depende de los SS, que son la minoría (aprox. 12% según señala la contraparte MINSAL), y aquellos que son administrados por las municipalidades (aprox. 88%). Se agrega a éstos, los prestadores privados que a través de los convenios suscritos con las municipalidades y SS participan en el tratamiento de las mujeres beneficiadas.

Los laboratorios que elaboran las prótesis que son requeridas para el tratamiento, son centros de alta especialización, la mayor parte de las cuales son entidades privadas con las que el sector público hace convenios para abastecerse de dichos implementos.

Este programa depende de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (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. 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. Con posterioridad a ello, FONASA transfiere los recursos a los SS.

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.

A través de este procedimiento, la municipalidad y los consultorios APS dependientes que participan en el programa, se comprometen a realizar determinada actividad por un determinado valor unitario. 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.

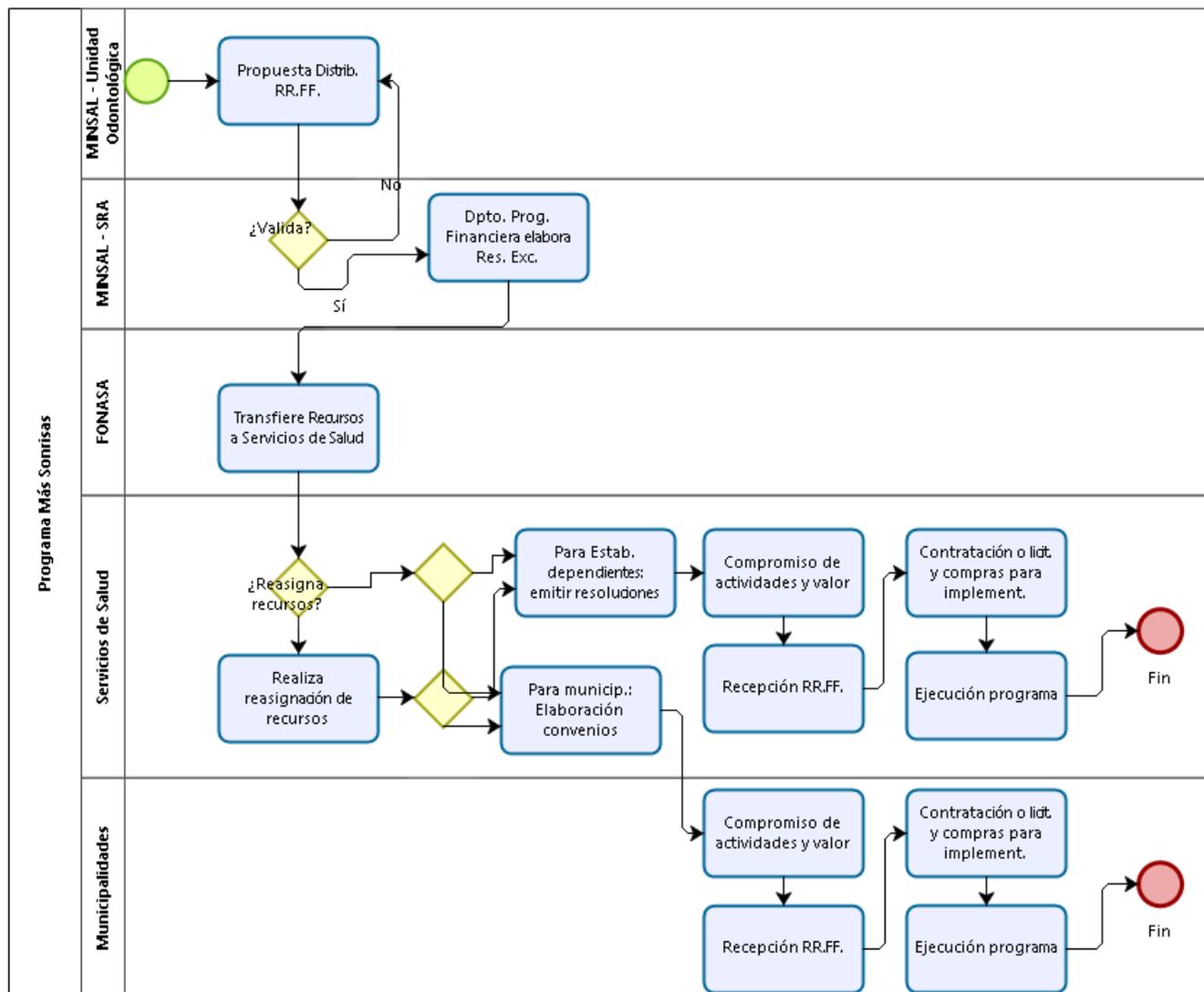
La compra de los materiales e insumos necesarios para el cumplimiento de estos compromisos se realiza en forma descentralizada por cada unidad ejecutora, es decir, establecimientos APS y privados.

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

Figura N° 2: Principales Procesos asociados a la gestión de los Programas de Salud Bucal del MINSAL



Análisis:

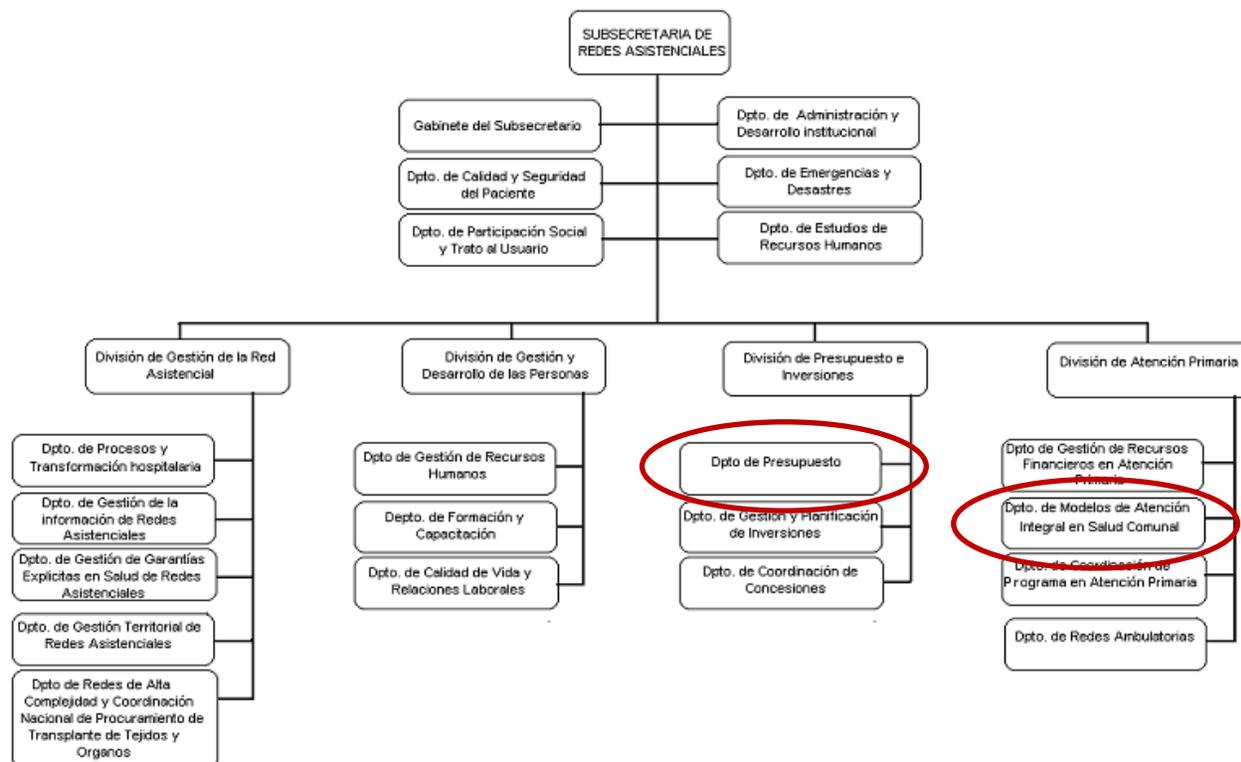
- El modelo conlleva una importante carga administrativa, en particular para los 29 SS y para el nivel central, ya que se debe reproducir el proceso tantas veces como comunas se incorporen al programa y este número puede ser significativo para algunos SS. Sin embargo, dados los cumplimientos que éste ha tenido en los tres años de funcionamiento, el proceso y la demanda que exige a los distintos niveles puede ser bien cubierta.
- 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, lo cual pone una barrera a los sistemas de control y monitoreo que idealmente debieran ser llevados a cabo por la DIVAP y los SS. El diseño vigente delega en la municipalidad o establecimiento de APS el resolver respecto del odontólogo y/o clínica que hará las prestaciones hasta el alta integral de la mujer; no se conoce de los criterios utilizados en esta selección ni su homogeneidad en todas las comunas. El tratamiento de estas pacientes conlleva en algunos casos la necesidad de prótesis, las cuales son elaboradas por laboratorios especializados en ese rubro; no se conoce de mecanismos que garanticen la calidad de éstas. Esta situación es evaluada negativamente por las razones expuestas, lo cual además se repite para todos los PRAPS.

- Los puntos anteriores generan la necesidad de definir normas y criterios que garanticen la calidad, incluyendo tratamientos completos, y los mecanismos adecuados y suficientes de control por parte de los responsables. A juicio del panel, estas normas debieran ser parte constitutiva de los convenios y los mecanismos de garantía de calidad no están suficientemente cubiertos. Esto ya que la realización de auditorías es insuficiente y quizá un modelo de control inadecuado para este tipo de programas, principalmente por la amplia cobertura que tiene.
- El modelo define un pago por “alta integral”, independientemente de la complejidad y/o cantidad de prestaciones que estén involucradas para la resolución de cada caso en particular; este es un incentivo inadecuado para el prestador, pudiendo ocurrir el descreme de pacientes, seleccionando aquellas de menor complejidad y costo o de realizar prestaciones insuficientes respecto de lo que se está pagando. La existencia de dos o tres canastas de acuerdo con complejidad minimizaría este riesgo.
- La compra a entidades privadas externas al quehacer del establecimiento tiene reparos, por lo cual el programa debiera sustentarse principalmente en convenios con odontólogos que ya son parte de los equipos de salud de la APS. Entre los principales reparos esta:
 - La distorsión en el modelo de atención, que coloca el foco en la relación de la persona y familia con su centro de salud.
 - Se pierde la relación con el equipo de salud del consultorio, que es el lugar primordial donde la persona resuelve sus problemas de salud
 - La continuidad de la atención se ve afectada, ya que el paciente “sale del sistema” transitoriamente para regresar nuevamente, perdiéndose registro y conocimiento respecto de qué se le hizo al paciente.

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:

**Figura N° 3: Organigrama Subsecretaría de Redes Asistenciales
Unidad Odontológica**



Fuente: Web MINSAL

Las funciones de la Unidad Odontológica dicen relación con:

- Desarrollo del ámbito normativo y orientaciones técnicas de todos los programas de salud bucal
- Elaboración de resoluciones de los programas
- Implementación de todos los programas a nivel de la APS
- Coordinación con la red APS
- Monitoreo de la ejecución de los programas y cumplimiento de las actividades que se comprometen a través de los convenios.

Se ha establecido una mesa de trabajo convocada por el MINSAL donde participan todas las instancias generando así una coordinación intersectorial para el programa.

Una tarea permanente de la UO 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. Sin embargo, estas visitas no están estructuradas y programadas como parte del programa específico en evaluación, sino que son parte de las funciones del equipo en el contexto de todos los programas de salud bucal. Por tanto, no se consideran suficientes como mecanismo de monitoreo.

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 SSMC 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.

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 que es parte de los equipos de los propios SS.

El Depto. de **Programación Financiera** depende de la División de Presupuesto de la SRA; sus funciones son:

- Elaboración de las resoluciones de recursos
- Monitoreo de convenios y resoluciones en plataforma web APS²⁵
- 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 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. Por tal razón, se considera pertinente analizar esta situación, en particular al momento de fortalecer los mecanismos de seguimiento y monitoreo que propone el panel. 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.
- Se valora la existencia de mesas de trabajo intersectoriales para la coordinación de este programa.
- Este programa de cobertura nacional involucra el actuar coordinado desde el nivel central con los 29 SS y éstos a su vez con las municipalidades de las 346 comunas.
- El mayor desafío está dado por los tiempos que toma todo el proceso administrativo, que 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.
- Hay un esfuerzo de coordinación que se da a nivel de las municipalidades como responsables de llevar a cabo el programa y las instituciones externas para la referencia y adecuado seguimiento de las pacientes que ingresan al programa. Dado que son varias las instituciones que participan refiriendo pacientes y donde no es posible establecer cupos fijos por institución, los criterios de asignación definidos localmente pudieran ser un ámbito de conflicto y demora en dicha referencia. Además, pueden ingresar pacientes que están en listas de espera, y por tanto la priorización de pacientes que constituyen la población en la que se focaliza el programa pudiera verse afectada.
- Según lo establecen las normas que regulan este programa, las pacientes tratadas deben completar una encuesta pre tratamiento y otra, post tratamiento, que es parte de los controles y seguimiento que realiza el MINSAL del impacto de esta intervención en términos de calidad de vida²⁶ así como el odontólogo debe completar ficha clínica diseñada ad hoc para el programa; ambos deben ser enviados por los SS al MINSAL para análisis y evaluación. Esta coordinación funciona adecuadamente ya que

²⁵ La plataforma entrega información respecto de los convenios que se suscriben y la fecha en que esto ocurre; a partir de esta información la DIVAP solicita a FONASA que transfiera a cada SS los recursos correspondientes a dicho convenio. No se utiliza para monitoreo de indicadores.

²⁶ Se trata de la encuesta OHIP-49-Sp (Oral Health Impact Profile) que ha sido validada en Chile y que a través de un simple cuestionario que evalúa 7 ámbitos. En la revisión realizada de este proceso se verifica la recepción a nivel del MINSAL de 89% de las encuestas solicitadas, las que en el año 2012 alcanzan a 1800.

cerca del 90% de las encuestas son recepcionadas según el estudio señalado (ref.14) y el nivel central cuenta con dichos registros.

Complementariedad y superposiciones:

El diseño del programa entrega como producto final el “alta integral” de cada mujer atendida, lo cual implica una serie de prestaciones que se realizan habitualmente en la APS y son parte del Plan de Salud; incluye también las prótesis, las que no son parte del este plan de salud y que se realizan en los niveles secundarios de atención. En este nivel existen una importante lista de espera, dado que la oferta es insuficiente para la demanda existente y, por tanto, el acceso está limitado para un importante grupo de la población.

Por su parte, otro de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria, el Odontológico Integral, tiene un componente denominado “Resolución de Especialidades en APS” el cual incluye la endodoncia y colocación de prótesis, el cual es llevado a cabo por odontólogos generales y por tanto sólo se circunscribe a dientes anteriores y premolares y no incluye el total de prestaciones que sí están presentes en la canasta de prestaciones del programa en evaluación, por lo cual, las superposiciones se darían en un grupo particular de pacientes que sólo tuvieran problemas en esta dentadura²⁷. Esta superposición no lleva a una pérdida o mal uso de recursos, ya que una vez que el paciente ha sido tratado, no requiere de un tratamiento adicional; así, en los hechos, estos pacientes no se superponen.

El diseño que tiene este programa hace que como tal no tenga equivalente con otro, especialmente si se considera el enfoque de género y la focalización en poblaciones más vulnerables.

Con respecto a los Problemas de Salud GES en el ámbito odontológico, como la salud bucal de la embarazada, éstos no se superponen, ya que se explicita en las orientaciones técnicas que en todos los casos en que aplica la garantía GES, ésta prevalece sobre las actividades del programa.

Cuadro N° 19: Esquema simplificado de los programas odontológicos y componentes con financiamiento Estatal directo

PROGRAMA COMPONENTE	TIPO DE ATENCIÓN	GRUPOS ETARIOS			
		Párvulos	6 a 13 años (8º básico)	Adolescentes	Más de 20 años
Salud Bucal JUNAEB	Preventivo Curativo	4 años a 13/14 años 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	Preventivo	De 2 a 20 años			

²⁷ No se tiene antecedentes para poder definir qué proporción de pacientes caen en la cartera de prestaciones de este componente y por tanto superponerse al Más Sonrisas para Chile.

PROGRAMA COMPONENTE	TIPO DE ATENCIÓN	GRUPOS ETARIOS			
		Párvulos	6 a 13 años (8º básico)	Adolescentes	Más de 20 años
CECOSF	Alta integral				
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
Fuente: elaboración propia

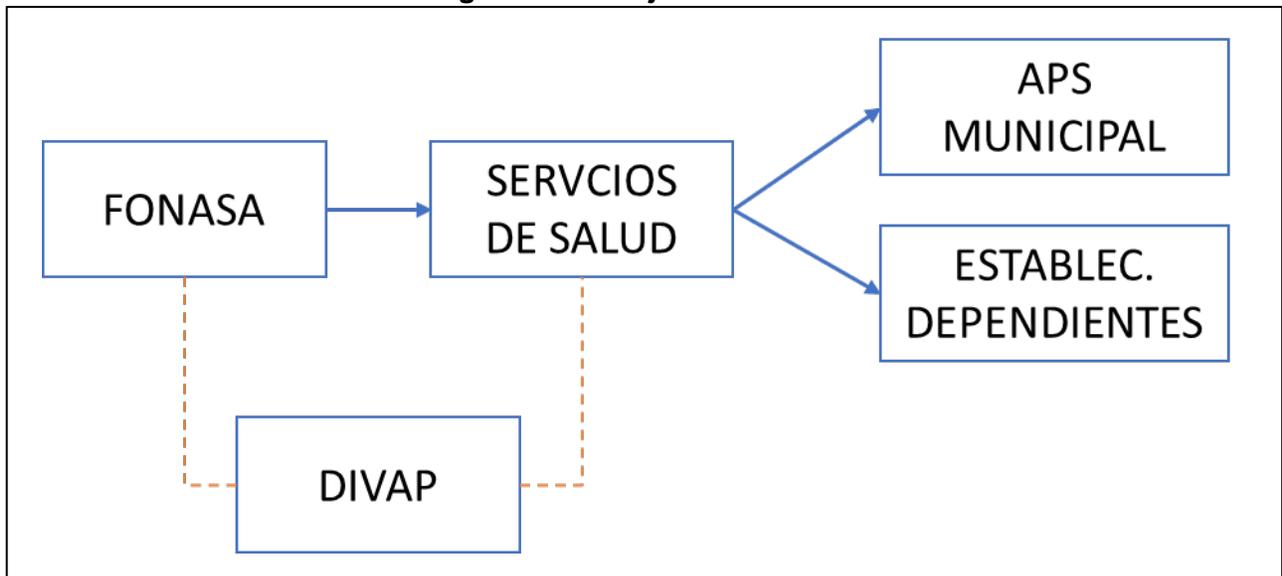
C. Criterios de asignación de recursos, mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago

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.

Figura N° 4: Flujo de Recursos



Fuente: Elaboración propia.

Los recursos son distribuidos a los distintos Servicios de Salud de acuerdo con 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. 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.

Cuadro N° 20: 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. Un 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 auditorías que se llevan a cabo incorporan el análisis a nivel local de los resultados, sin poder la UO constatar ni tener injerencia sobre las acciones que a partir de esos resultados se realizan; es decir, si un prestador aparece mal evaluado en las auditorías, la UO no tiene cómo saber si se ha rescindido dicho contrato o no, o conocer de otras medidas que se hayan tomado.

Los programas odontológicos que se llevan a cabo en la red pública de salud utilizan la plataforma 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. En ella se accesa además a los protocolos, normas de derivación y demás documentación que facilita la gestión por parte de los SS de los programas que deben supervigilar.

En cuanto a la evaluación del programa, éste incluye una encuesta a la paciente antes y después de su tratamiento, cuyos resultados son registrados en la plataforma www.odontoaps y permite evaluar la satisfacción de las usuarias del programa, así como la percepción del impacto que el tratamiento ha tenido.

Cuadro N° 21: Registro de las actividades asociadas al Programa

PROGRAMA - ACTIVIDAD		TOTAL	Según grupos de edad o de riesgo							
			2 años	3 años	4 años	5 años	0-14 años	15-19 años	20+ años	
PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS	Examen de salud	18	10	2	4	2				
	Nº de niños con inicie cepoauri inorean									
	Educación individual con Nº de Set de Higiene Oral entregados.									
	Nº de Aplicaciones Flúor Barniz									
PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL, ESTRATEGIA MÁS SONRISAS PARA CHILE	Nº Auditorias clínicas realizadas	5						5		
	Protesis Removibles	100						100		
	Reparación de Prótesis	2						2		
	TOTAL	60						60		
	Altas Integrales	JUNJI-INTEGRA-MINEDU	2						2	
		SERNAM	5						5	
		Chile Solidario	7						7	
		MINVU	6						6	
Demanda Local		40						40		
PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL, HOMBRES DE ESCASOS RECURSOS	Protesis Removibles									
	TOTAL									
	Chile Solidario									
	Demanda Local									
PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL, ESTRATEGIA RESOLUCION DE ESPECIALIDAD EN APS	Tratamiento Endodancia	Nº pacientes								
	Nº Dientes									
	Prótesis Removibles	Nº pacientes								
	Nº prótesis									
	Altas Integrales									

Fuente: imagen de pantalla del REM que cubre el registro estadístico de Programas PRAPS odontológicos. MINSAL

Las municipalidades entregan la información de producción 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.

Este programa no cuenta con línea base para evaluar la evolución del problema que lo genera.

En cuanto al uso de indicadores, se lleva un solo indicador que relaciona la actividad realizada vs aquella comprometida y que constituye un indicador de eficacia / resultado. Complementariamente se mide la cantidad de centros de salud que participan en el programa, lo cual no constituye un indicador.

Análisis:

Los mecanismos de seguimiento y evaluación son considerados insuficientes, tanto en relación con las actividades que realiza la APS como los prestadores privados. Caben las siguientes consideraciones por parte del panel:

- Se considera que el modelo de auditoría es insuficiente como mecanismo de seguimiento; el año 2014 se realizó un análisis de este proceso, el cual aplicaba en ese momento a este programa y al MHER²⁸; los resultados muestran dificultades como el llene insuficiente de información, metodológica compleja para el análisis sistemático y la consolidación de datos, los SS no entregaban la información en los plazos establecidos y otra serie de dificultades, sin que se hayan realizado modificaciones a partir de dichos resultados.
- Por otro lado, hay aspectos sobre los cuales pudiera incidir el programa, como por ejemplo en la reducción de listas de espera. Aunque no esté específicamente diseñado para actuar sobre ésta, resulta de interés el conocer cuál es el impacto que tiene sobre esta medición de demanda insatisfecha. Cabe consignar que los programas orientados específicamente a reducción de listas de espera actúan sobre aquella población que está registrada en dichas listas, las personas son ubicadas y citadas para su tratamiento, en un modelo que está normado a nivel nacional.
- Los indicadores utilizados no evalúan aspectos de la gestión del programa como por ejemplo la adecuada ejecución del presupuesto.
- Al uso de indicadores se agrega como mecanismo de seguimiento, la encuesta OHIP, cuyo análisis pudiera permitir el diseño de indicadores de utilidad para estos efectos.

La existencia de un mecanismo informatizado para el control de la actividad financiera de las municipalidades que trabajan con fondos entregados desde el nivel central es una oportunidad para establecer indicadores del desempeño de cada municipalidad, así como de supervigilar el adecuado uso de los mismos. Este aspecto debiera ser trabajado por la DIVAP.

²⁸ MHER: Mujeres y hombres de escasos recursos, programa que da origen al programa evaluado.

Anexo 4: Análisis de Género de programas Evaluados

Cuadro N° 22: Análisis de Género

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA			EVALUACIÓN DEL PROGRAMA				RECOMENDACIONES
Nombre Programa	Producto Estratégico o Asociado	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
				Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente
PROGRAMA MAS SONRISAS PARA CHILE	Altas integrales en la atención odontológica de mujeres mayores de 15 años en situación de vulnerabilidad.	Disminuir las brechas socioeconómicas de acceso a la atención odontológica	Si corresponde, ya que la población objetivo hace referencia sólo a mujeres.				
				si	si	si	si
				Satisfactoriamente			

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

Cuadro N° 23: Fuentes de financiamiento del Programa, período 2013-2017
M\$ nominales

Fuentes de Financiamiento	2013	2014	2015	2016	2017
	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto
1.1. Asignación específica al Programa	0	4.982.985	13.645.757	14.447.092	14.903.327
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 y 29, entre otros)	0	975.428	1.950.498	2.070.059	2.111.938
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	0	766.500	2.325.050	2.478.350	2.555.000
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	0	0	0	0	0

Cuadro N° 24: Presupuesto del Programa respecto del Presupuesto de la Institución Responsable, período 2013-2017, M\$ nominales)

Año	Presupuesto inicial de la Institución responsable	Presupuesto Inicial del Programa (Asignación en Ley de Presupuesto)
2013		0
2014	1.068.605.934	5.958.413
2015	1.218.982.584	15.596.255
2016	1.370.577.000	16.517.151
2017	1.524.667.712	17.015.612

Cuadro N° 25: Presupuesto Inicial y Gasto Devengado del Programa, período 2013-2016
M\$ nominales

Subtítulos	2014			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)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Presupuesto Inicial (A)
Personal	89.001	89.001	89.001	799.609	799.609	799.609	854.169	854.169	854.169	824.964
Bienes y Servicios de Consumo	840.764	840.764	840.764	1.150.889	1.150.889	1.150.889	1.215.890	1.215.890	1.215.890	1.286.974
Transferencias	4.982.985	4.982.985	4.982.985	13.645.757	13.645.757	13.645.757	14.447.092	14.447.092	14.447.092	14.903.327
Inversión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros (Identificar)	45.663	45.663	45.663	0	0	0	0	0	0	0

Cuadro N° 26: Cuadro N°4. Gasto Total del Programa, período 2013-2016
M\$ nominales

AÑO	Otros Gastos
2013	0

AÑO	Otros Gastos
2014	766.500
2015	2.325.050
2016	2.478.350

Cuadro N° 27: Gastos Total del Programa según uso, desagregado en gastos de administración y gastos de producción, período 2013-2016 (en miles de pesos nominales)

AÑO 2013-2016	Gasto Total del Programa 2014		Gasto Total del Programa 2015		Gasto Total del Programa 2016	
	Gasto Producción	Gasto Administración	Gasto Producción	Gasto Administración	Gasto Producción	Gasto Administración
Recursos Humanos	\$ 89.001	\$ 306.600	\$ 799.609	\$ 930.020	\$ 854.169	\$ 991.340
Otros Gastos	\$ 5.823.749	\$ 505.563	\$ 14.796.646	\$ 1.395.030	\$ 15.662.982	\$ 1.487.010

Cuadro N° 28: Gasto de producción de los Componentes del Programa, período 2013-2016 (en miles de pesos año 2017)

AÑO 2014	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Biobío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$ 15.030	\$ 49.035	\$ 177.171	\$ 76.254	\$ 399.534	\$ 678.239	\$ 286.042	\$ 415.210	\$ 1.395.198	\$ 636.055	\$ 373.932	\$ 377.942	\$ 16.647	\$ 62.709	\$ 1.601.822	\$ 6.560.819
Componente 2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componente ...	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componente N	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Total	\$ 15.030	\$ 49.035	\$ 177.171	\$ 76.254	\$ 399.534	\$ 678.239	\$ 286.042	\$ 415.210	\$ 1.395.198	\$ 636.055	\$ 373.932	\$ 377.942	\$ 16.647	\$ 62.709	\$ 1.601.822	\$ 6.560.819

Fuente:

AÑO 2015	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Biobío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$ 125.801	\$ 180.478	\$ 351.636	\$ 279.819	\$ 876.043	\$ 1.759.368	\$ 902.110	\$ 1.310.368	\$ 3.323.096	\$ 1.623.938	\$ 652.691	\$ 1.214.512	\$ 51.439	\$ 133.341	\$ 3.922.071	\$ 16.706.710
Componente 2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componente ...	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componente N	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Total	\$ 125.801	\$ 180.478	\$ 351.636	\$ 279.819	\$ 876.043	\$ 1.759.368	\$ 902.110	\$ 1.310.368	\$ 3.323.096	\$ 1.623.938	\$ 652.691	\$ 1.214.512	\$ 51.439	\$ 133.341	\$ 3.922.071	\$ 16.706.710

Fuente:

AÑO 2016	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Biobío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$ 126.259	\$ 184.287	\$ 335.034	\$ 284.530	\$ 889.429	\$ 1.789.938	\$ 920.346	\$ 1.336.823	\$ 3.383.050	\$ 1.655.739	\$ 666.502	\$ 1.260.298	\$ 51.341	\$ 135.879	\$ 3.993.210	\$ 17.012.665
Componente 2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componente ...	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componente N	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Total	\$ 126.259	\$ 184.287	\$ 335.034	\$ 284.530	\$ 889.429	\$ 1.789.938	\$ 920.346	\$ 1.336.823	\$ 3.383.050	\$ 1.655.739	\$ 666.502	\$ 1.260.298	\$ 51.341	\$ 135.879	\$ 3.993.210	\$ 17.012.665

Fuente:

Cuadro N° 29: Cuadro N°7. Gasto de producción de los Componentes del Programa, período 2013-2016 (en miles de pesos)

AÑO 2014	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Biobío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$ 158.500	\$ 68.218	\$ 357.429	\$ 606.762	\$ 255.897	\$ 371.453	\$ 1.248.164	\$ 569.024	\$ 334.525	\$ 338.112	\$ 14.893	\$ 56.100	\$ 1.433.013	\$ 5.869.403
Componente 2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componente ...	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componente N	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

AÑO 2015	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Biobío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$ 328.263	\$ 261.220	\$ 817.815	\$ 1.642.427	\$ 842.149	\$ 1.223.271	\$ 3.102.218	\$ 1.515.999	\$ 609.308	\$ 1.133.786	\$ 48.020	\$ 124.479	\$ 3.661.380	\$ 15.596.256
Componente 2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componente ...	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componente N	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

AÑO 2016	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Biobío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$ 325.275	\$ 276.243	\$ 863.524	\$ 1.737.803	\$ 893.540	\$ 1.297.886	\$ 3.284.514	\$ 1.607.514	\$ 647.090	\$ 1.223.591	\$ 49.845	\$ 131.921	\$ 3.876.903	\$ 16.517.151

Componen te 2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componen te ...	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componen te N	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**INFORME ESTUDIO COMPLEMENTARIO
PROGRAMA MÁS SONRISAS PARA CHILE**

MINISTERIO DE SALUD

**INVESTIGADOR:
RODRIGO CABELLO IBACACHE.**

JULIO-AGOSTO 2017

**Estudio complementario de Salud Bucal.
DIPRES. Ministerio de Hacienda.
Evaluación programa: Mas Sonrisas para Chile.**

Contexto

El Programa “Mas Sonrisas para Chile” de atención odontológica, orientado a mujeres mayores de 15 años, consiste en la entrega de altas integrales que incluyen prestaciones de nivel primario, más rehabilitación con prótesis removibles, realizándose en la red de atención primaria de Salud a lo largo de todo el país. La meta es lograr 100.000 altas odontológicas anuales.

Esta atención odontológica busca dar respuesta a una necesidad sentida y reconocida por las usuarias, para las que el daño y deterioro de su salud bucal dificulta su inserción laboral, provoca frustraciones, inseguridad y baja autoestima.

Criterios de inclusión:

- Ser beneficiario legal del sistema público de salud (FONASA tramos A, B, C y D y/o PRAIS).
- Ampliación de rango etario a mayores de 15 años. Se priorizará en la población de mujeres:

Los criterios de focalización en población vulnerable, que se entiende como aquella de nivel socioeconómico bajo y/o situación de marginalidad social, se logran a través del trabajo conjunto con instituciones cuyo actuar se centra en estos grupos y que son las instancias que derivan a las pacientes para ser beneficiadas con el programa. Las instituciones son:

- a) Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SERNAMEG),
- b) Fundación Promoción y Desarrollo de la Mujer (PRODEMU)
- c) Fundación Integra y Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) para el personal que labora en estas instituciones,
- d) Programa de Recuperación de Barrios del Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU)
- e) Sistema “Seguridades y Oportunidades” del MIDESO (Ex Chile Solidario).

Entre los antecedentes que hacen necesario este estudio y que se incluyen en los términos de referencia se encuentran las siguientes características:

- El programa opera bajo la lógica de pago por alta integral.
- La provisión del programa se realiza a través de prestadores públicos y compras a privados.
- El panel plantea la hipótesis de que pudiera existir algún incentivo para que los prestadores pudieran seleccionar los casos de pacientes de menor complicación.
- Por otro lado, el incentivo pudiera también operar otorgando tratamientos menos costosos y probablemente no acordes con el diagnóstico inicial.
- Estos incentivos podrían operar de manera distinta según tipo de prestador.

Las prestaciones proyectadas por individuo de este programa se detallan en la siguiente tabla

Ítem o Prestación	Frecuencia
Examen de Salud	1
Destartraje y pulido coronario	1
Obturaciones amalgama	4
Obturaciones vidrio ionómero	1
Obturaciones Composite	1
Radiografía	5
Exodoncia	3
Endodoncia uni o birradicular	0.3
Destartraje y pulido radicular (a)	1
Prótesis Restitución (FASE LAB.)	0.6
Prótesis Restitución (FASE LAB.)	0.2
Prótesis Metálica	0.2
1 cepillo y pasta dental (b)	1

Fuente: Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. DIVAP.

Este grupo de prestaciones en las frecuencias señaladas son valorizadas por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y da cuenta del valor económico que tienen las prestaciones, lo que se denomina canasta del programa. Esta canasta será utilizada como referencia en el estudio complementario del programa.

Propósito del estudio:

Objetivo General:

Estimar el nivel de daño existente en la población atendida y las prestaciones otorgadas a través del levantamiento de información de la ficha clínica de cada paciente y poder establecer si existen diferencias en el perfil de las prestaciones de salud bucal y en el tipo de tratamiento según daño, en el contexto del programa “Más Sonrisas para Chile” entregadas entre modalidad de prestadores.

Objetivos Específicos:

Determinar la distribución entre prestadores institucionales y prestadores de compra de servicios:

- Edad
- La severidad del daño en salud bucal.
- La severidad del desdentamiento de los individuos del programa.
- El número de atenciones por caso resuelto
- El número de controles registrados
- Número de acciones de operatoria
- Número de acciones de Periodoncia
- Tipo de prótesis realizada
- Número de prestaciones preventivas
- Perfil de daño en beneficiarias
- Conjunto de prestaciones realizadas en el 80% de los casos (esta cifra se ajustará a la realidad observada)
- Caracterización de prestaciones presentes en la canasta.
 - Prestaciones que estando en la canasta, se realizan en un bajo % de pacientes.
 - Prestaciones que estando en la canasta, no se realizan
 - Prestaciones que no estando en la canasta, se realizan.

Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Fuente de información
Tipo de prestador	Corresponde a la denominación de la naturaleza del prestador, si este corresponde a algún establecimiento de la red municipal de APS o corresponde a un contrato de compra de servicios externos al sistema.	Compra de servicio/ Prestador institucional	Base de datos: ODONTOAPS
Condición geográfica	Corresponde a la clasificación de condición de urbanidad o ruralidad	Urbano/ Rural	Base de datos: ODONTOAPS
Edad	Corresponde a los años de vida del paciente al momento de iniciar su tratamiento.	Número de años de vida al ingreso	Ficha Clínica
Severidad de caries (Se refiere a la severidad del daño producido por caries en el curso de la vida.	Índice COP-D desagregado por sub componentes. Número de dientes cariados o con indicación de obturación. Número de dientes obturados.	Ficha Clínica
Presencia Enfermedad Periodontal	Condición de enfermedad de los tejidos de soporte del diente	Diagnóstico de enfermedad periodontal. SI/NO	Ficha Clínica
Gingivitis	Condición de enfermedad de los tejidos de protección del diente	Diagnóstico de gingivitis. SI/NO	Ficha Clínica
Severidad de desdentamiento	Caracterización de la pérdida de dientes en cuanto a su distribución.	Clasificación de Kennedy sin modificaciones	Ficha Clínica

Presencia de desdentamiento anterior	Perdida de algún diente del grupo de incisivos y caninos	Perdida de diente anterior: SI/NO	Ficha Clínica
Indicación de tipo de prótesis removible	Descripción del material y el tipo de prótesis que se indica	Prótesis: Parcial/Total Prótesis: Acrílica/Metálica	Ficha Clínica
Número de controles	Número de atenciones destinadas a controlar la funcionalidad de la prótesis.	Número de controles registrados en la ficha	Ficha Clínica
Número de atenciones	Número de atenciones realizadas en la resolución de los casos.	Número de atenciones registradas desde el ingreso hasta la alta final	Ficha Clínica
Instrucción de higiene	Acción clínica destinada a educar en relación al hábito de higiene bucal	Registro de actividad de Instrucción de higiene bucal: Si/NO	Ficha Clínica
Entrega de kit de salud bucal	Entrega de kit compuesto por pasta de dientes y cepillo de dientes	Registro de entrega de Kit de salud bucal: Si/NO	Ficha Clínica

Muestra

Se ha construido una muestra de Servicios de Salud y Establecimientos de Salud por conveniencia para asegurar la representación de todos los tipos de prestadores y de todas las condiciones geográficas. Se seleccionaron 38 prestadores de 15 comunas de la Región Metropolitana. De cada uno de estos prestadores se deben seleccionar las últimas 13 fichas clínicas de los pacientes atendidos para recolectar la información, esto de manera de asegurar la disponibilidad de los registros clínicos. A continuación, se muestra la distribución de la muestra

	ATENCIÓN EN CENTROS DE SALUD	COMPRA DE SERVICIOS	Total
Servicio de Salud Metropolitano Central	78	78	156
CERRILLOS		26	26
ESTACIÓN CENTRAL	39		39
MAIPÚ		52	52
SANTIAGO	39		39
Servicio de Salud Metropolitano Norte	104	13	117
COLINA	13		13
CONCHALÍ	26		26
TILTIL	65	13	78
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	78	13	91
CURACAVÍ	13		13
ISLA DE MAIPO	65		65
PEÑAFLORES		13	13
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	26		26

MACUL	13		13
PEÑALOLÉN	13		13
Servicio de Salud Metropolitano Sur	26	13	39
LA CISTERNA	13		13
LA GRANJA		13	13
SAN JOAQUÍN	13		13
Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente		65	65
LA GRANJA		65	65
Total	312	182	494

Recolección de información

La información se debe extraer desde la ficha clínica por cada tratante y para tal efecto debe utilizar el instrumento de recolección de información. En este instrumento se especifica toda la información que debe ser registrada. Se ha diseñado una planilla de datos que permite el ingreso de toda la información. Se han establecido criterios de validación de la información con el objetivo de mejorar la calidad de los datos que se recojan. En la siguiente tabla se muestra el itinerario para la recolección de información:

Actividades	8-12 mayo	15-19 mayo	22-26 mayo	29 mayo-2 de junio	5-8 junio
Distribución del instrumento de recolección					
Recolección de información sobre la muestra					
Recolección de información de la sobremuestra					
Base de datos y análisis					
Informe Final					

Análisis de datos

Se construirá una base de datos a partir de la información recolectada y se realizarán los análisis.

Indicadores:

Distribución entre prestadores institucionales y prestadores de compra de servicios tanto en condición rural como urbana de:

- Edad
- La severidad del daño en salud bucal
- La severidad del desdentamiento de los individuos del programa.
- El número de atenciones por caso resuelto
- El número de controles registrados
- Número de acciones de operatoria
- Número de acciones de Periodoncia
- Tipo de prótesis realizada
- Número de prestaciones preventivas
- Perfil de daño en beneficiarias
- Conjunto de prestaciones realizadas en el 80% de los casos (esta cifra se ajustará a la realidad observada)
- Caracterización de prestaciones presentes en la canasta.

Resultados

- **Edad**

La edad de las pacientes está registrada en 490 de los casos (99,2% del total) y el promedio de edad es de 54 años, con un mínimo de 15 años y un máximo de 96 años de edad. Lo que es consistente con el rango etario que el programa contempla en su priorización.

A continuación, se muestra la edad de acuerdo a la modalidad de atención. Esto es atención por los establecimientos de salud (Atención Servicio) o atención por la modalidad de compra de servicios externos (Compra de Servicios).

	Atención Servicio (n=308)	Compra de Servicio (n=182)
Edad (años)	54,4	53,3
Desviación estándar (años)	14,3	14,9
Mínimo (años)	19	15
Máximo (años)	96	87

No se observan diferencias en la distribución de la edad sobre este parámetro. A continuación, se distribuye la edad de acuerdo a la condición geográfica.

	Urbano (n=315)	Rural (n=175)
Edad (años)	53,1	55,7
Desviación estándar (años)	14,8	13,9
Mínimo (años)	15	21
Máximo (años)	88	96

A continuación, se muestra la distribución por percentiles de la edad en relación a la modalidad de atención y condición geográfica de urbano rural utilizando la frecuencia absoluta. esto es el número de individuos en cada percentil

Percentil de Edad	Urbano (n=315)	Rural (n=175)	Atención Servicio (n=308)	Compra de Servicio (n=182)	Total (n=490)
0	36	16	30	22	52
10	28	19	29	18	47
20	28	21	31	18	49
30	42	22	40	24	64
40	33	11	26	18	44
50	35	23	41	17	58
60	21	9	21	9	30
70	35	21	32	24	56
80	24	23	29	18	47
90	33	10	29	14	43
100	36	16	30	22	52

Se ha creado una variable indicadora de la proporción de individuos por debajo de los 65 años de edad y aquella proporción de los individuos de 65 o más años de edad. Se presenta su distribución en relación a la modalidad de atención y condición geográfica de urbano rural. Marcando los 65 años como el límite de la vida laboral y un indicador de concentración del grupo mayor de 65 años de edad.

	Urbano (n=315)	Rural (n=175)	Atención Servicio (n=308)	Compra de Servicio (n=182)	Total (n=490)
Individuos por debajo de los 65 años de edad (%)	78,3%	74,4%	76,3%	78%	76,9%
Individuos de 65 o más años de edad (%)	21,7%	25,6%	23,7%	22%	23,1%

Considerando la edad un indicador proxy del daño de salud bucal, asumiendo de acuerdo a la evidencia disponible en la literatura científica que el daño de salud bucal es acumulativo con la edad y por tanto a mayor edad, mayor daño, la distribución de la edad en las distintas modalidades de atención y la condición de urbano o rural no presenta concentración en algún grupo específico. Las diferencias observadas no son estadísticamente significativas y tampoco relevantes desde la perspectiva clínica. Esto sugiere que el daño, evaluado mediante la aproximación de la edad, se distribuye homogéneamente en las distintas expresiones del programa que han sido evaluadas en este informe.

- **Perfil del daño en salud bucal compuesto.**

Para evaluar la complejidad del tratamiento de cada uno de los individuos estudiados, se ha creado un indicador compuesto, que se basa en la integración de las necesidades de tratamiento de operatoria, de tratamiento de enfermedades gingivo-periodontales y rehabilitación basado en prótesis removible. Con esta información podemos conocer el perfil de severidad de los individuos pertenecientes al programa que han sido incluidos en este estudio.

En resumen, a cada variable de necesidad de tratamiento, de operatoria, periodoncia y rehabilitación, se le asignó un puntaje de dificultad por correspondencia con la Unidades de Cobro Odontológico (UCO) fijadas por el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G. Por ejemplo, restauración de amalgama simple es equivalente a 3,5 UCO y por otro lado la prótesis acrílica total asigna 15 UCO. Esta medida, UCO, es coherente con las Orientaciones Programáticas que fijan el rendimiento de la atención odontológica en la red pública de salud con respecto a procedimientos odontológicos.

En la siguiente tabla se presenta la distribución por severidad del perfil de daño de salud bucal.

	Severidad Baja	Severidad Media	Severidad Alta
Frecuencia relativa (n=495)	29,2%	42,8%	27,9%

La distribución en severidad se concentra en un 42,8% en la severidad media y en los extremos se distribuye en un 29,2% en la severidad baja y un 27,9% en la severidad alta.

De manera de estudiar la hipótesis de que pudiera existir algún incentivo para que los prestadores seleccionen los casos de pacientes de menor complicación, se presenta la severidad distribuida por modalidad de prestados y sobre la condición geográfica de urbano rural con el correspondiente análisis.

Perfil de daño	Urbano	Rural	Atención Servicio	Compra de Servicio
Severidad Baja	24,5%*	38,1%*	28,8%	30,2%
Severidad Media	42,2%	44,3%	42%	44,5%
Severidad Alta	33,3%**	17,6%**	29,2%	25,3%

*Las diferencias observadas son estadísticamente significativas. *p<0.05;**p<0.05*

El perfil de daño distribuido en la modalidad de servicio no muestra diferencias estadísticamente significativas en virtud de la complejidad de perfil del daño de los pacientes. Sin perjuicio se observa una tendencia ligera hacia acumular mayor complejidad en la modalidad de atención de servicio, considerando que la frecuencia relativa de severidad alta es mayor en atención de servicios. Por otro lado, al evaluar la distribución de daño en la condición geográfica, se pueden observar diferencias estadísticamente significativas en la que se aprecia una mayor severidad del perfil de los individuos en la condición urbana y se puede observar también en la severidad baja, donde esta categoría se concentra más en la condición rural. esta diferencia es muy marcada en la severidad alta entre la condición urbana versus la rural. en términos generales se espera siempre encontrar una mayor concentración de severidad alta en la condición rural, sin embargo, no se observa ese fenómeno en esta muestra.

De manera de confirmar la edad como un proxy del daño de salud bucal se presenta la severidad del perfil de daño de las beneficiarias.

	Menor de 40 años	41-60 años	Más de 60 años
Severidad Baja	40,2%	21,7%	35,4%
Severidad Media	30,9%	45,5%	46,5%
Severidad Alta	28,9%	32,8%	18,1%

En la población de menores de 40 años la severidad de mayor frecuencia es la severidad baja y la severidad alta corresponde a la frecuencia menor. Esto demuestra una concentración de los casos de baja complejidad en este tramo de edad. Mientras que los tramos de 40 a 60 años y los mayores de 60 años tienen mayores frecuencias relativas en las severidades media.

La construcción de la variable severidad incluye de acuerdo a la declaración : "...a cada variable de necesidad de tratamiento, de operatoria, periodoncia y rehabilitación, se le asignó un puntaje de dificultad por correspondencia con la Unidades de Cobro Odontológico (UCO) fijadas por el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G. Por ejemplo, restauración de amalgama simple es equivalente a 3,5 UCO y por otro lado la prótesis acrílica total asigna 15 UCO. Esta medida, UCO, es coherente con las Orientaciones Programáticas que fijan el rendimiento de la atención odontológica en la red pública de salud con respecto a procedimientos odontológicos". De este modo, se construye la severidad del caso incluyendo la integralidad de las acciones que se deben hacer en los pacientes. Por tanto, un paciente desdentado total (pérdida total de dientes) representa la mayor severidad del desdentamiento, sin embargo, no incluye ninguna acción que no tenga relación con prótesis dentales, es decir, ninguna acción de operatoria o periodoncia. Por tanto, no corresponde a la mayor severidad en cuanto al tratamiento integral.

En la siguiente tabla se presenta la distribución de edad por cada una de las categorías de severidad.

	Severidad Baja	Severidad Media	Severidad Alta
Menor de 40 años	26,9%	14,2%	20,4%
41-60 años	37,9%	54,2%	60,6%
Más de 60 años	35,2%	31,6%	19%

Los resultados muestran que para todas las severidades el grupo de 41-60 años concentra las mayores frecuencias. Estos resultados deben ser interpretados sobre la base del número de acciones o actividades que deben realizarse en orden de conseguir el alta integral del paciente.

- **La severidad del daño en salud bucal relacionado con caries.**

En la siguiente tabla se muestra el daño en la salud bucal determinado por caries.

Indicador	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
C	441	3,2	3,1	0	16
O	432	4	4,2	0	25
P	450	14,3	10	0	32
COPD	493	19,3	8,9	0	32

C: Numero de dientes con caries no tratada; O: Numero de dientes obturado por caries; P: Numero de dientes perdidos por caries; COPD: Suma de los componentes C, O y P.

Cabe desatacar que el principal daño observado en esta población es el desdentamiento. Esta situación está de acuerdo a la información del perfil de salud bucal del adulto para Chile. La pérdida en promedio de 19,3 dientes da cuenta de esta situación, considerando que el total de dientes en un adulto es de 32 dientes, tomando en consideración los terceros molares.

A continuación, se muestra la severidad del daño en salud bucal relacionado a caries de acuerdo a la modalidad de atención.

Indicador	Atención Servicio					Compra de Servicio				
	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
C	278	2,9	2,9	0	14	163	3,6	3,3	0	16
O	276	3,7	3,9	0	19	156	4,7	4,7	0	25
P	274	14,3	10,5	0	32	176	14,2	9,4	0	32
COPD	311	18,4	9,9	0	32	182	20,9	6,5	0	32

Las diferencias observadas son estadísticamente significativas. *, *** $p < 0.5$. ** $p < 0.01$

Las estimaciones de los componentes del índice COPD y el índice por sí mismo utiliza n distintos, considerando que en algunos casos los individuos sólo tienen en su ficha clínica el valor del índice sin posibilidad de desagregar los componentes.

La distribución sobre la modalidad de atención muestra diferencias estadísticamente significativas en los parámetros de caries no tratada, de dientes obturados por caries y en el índice COPD. Estas diferencias desde el punto de vista clínico corresponden a mayor número de dientes obturados y mayor número de dientes con necesidades de restauración por caries. Esta diferencia es 0,7 dientes que se requieren obturar más en la compra de servicios que en la modalidad de atención en el servicio, esta diferencia es clínicamente significativa. Existe también una cifra de 1 diente obturado de diferencia entre la atención de servicio y la compra de servicios, esto quiere decir que los pacientes que son atendidos en compra de servicio tienen una obturación más en el inicio del tratamiento que aquellos que reciben la prestación desde la modalidad atención de servicio.

A continuación, se muestra la severidad del daño en salud bucal relacionado a caries de acuerdo a la condición geográfica.

Urbano	Rural
--------	-------

Indicador	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
C	293	3,9*	3,2	0	16	148	1,7*	2,2	0	10
O	286	4,5*	4,2	0	25	146	3,1*	4,1	0	16
P	307	12,2*	8,9	0	32	143	18,6*	10,8	0	32
COPD	317	19,4	7,18	0	32	176	19,1	11,3	0	32

Las diferencias observadas son estadísticamente significativas. * $p < 0.01$

El análisis de los datos en este tópico muestra diferencias estadísticamente significativas en los parámetros de caries no tratada, de dientes obturados por caries y en especial de dientes perdidos por caries. Estas diferencias son clínicamente relevantes. Se destaca un nivel mayor de desdentamiento en lo rural, lo que deja de manifiesto una mayor necesidad de rehabilitación en la ruralidad.

Sobre la necesidad de restauraciones con respecto a lo proyectado en la canasta del programa, se presenta un análisis de esta situación en la siguiente tabla:

	Canasta del programa	Urbano Numero de restauraciones necesarias	Diferencia con respecto a la canasta	Rural Numero de restauraciones necesarias	Diferencia con respecto a la canasta
Numero de restauraciones programada	5	3,9	1,1	1,7	3,3

En esta tabla se observa una diferencia de 1,1 restauraciones con respecto a la canasta en la población urbana, mientras que la diferencia es 3,3 en las zonas rurales. Esto da cuenta de una sobre estimación de las necesidades de tratamiento mayor en lo rural por sobre lo urbano.

	Canasta del programa	Atención Servicio Numero de restauraciones necesarias	Diferencia con respecto a la canasta	Compra de Servicio Numero de restauraciones necesarias	Diferencia con respecto a la canasta
Numero de restauraciones programada	5	2,9	2,1	3,6	1,4

Al analizar la tabla, se observa una brecha de casi 3 restauraciones con respecto a la canasta en la atención de servicio y esta diferencia con respecto a la canasta es de 1,4 en la modalidad de compra de servicio. En este indicador, la canasta se encuentra sobre estimada con respecto a las necesidades de restauración

A continuación, se presentan los componentes del índice COPD, indicador de la severidad de la caries dental, con la categorización del perfil de daño de las beneficiarias. Esto permite apreciar la contribución del Índice COPD en el perfil del daño.

	C	O	P	COPD
Severidad Baja	3,1	4,1	12,4	19,6
Severidad Media	2,9	3,8	14,8	21,2
Severidad Alta	3,5	3,8	13,4	20,7

Las diferencias que se observan no son estadísticamente significativas. Las distintas características de severidad de perfil de daño no se reflejan en variaciones relacionadas con los componentes del índice COPD y tampoco con el propio indicador. Esto se relaciona con el hecho de que las acciones de operatoria que dan origen esta necesidad de tratamiento no tienen un impacto importante en la definición del perfil de daño en salud bucal de las beneficiarias debido a la baja puntuación por la dificultad menor de estos procedimientos relacionados con los otros procedimientos odontológicos presentes en la canasta.

Finalmente cabe destacar que el valor del índice COPD encontrado en esta muestra es muy similar al encontrado por Urzúa y colaboradores en la primera encuesta nacional de salud bucal en Chile. Urzúa reporta un Índice COPD para la población de 35-44 años de edad de 15,1²⁹. Mientras que en el grupo de 65-74 años de edad el valor es de 21,57. Se debe considerar al mirar esta comparación que la población de este estudio en particular se trata de población consultante a diferencia del estudio de Urzúa y con que es una muestra representativa de toda la población adulta.

- **La severidad del desdentamiento de los individuos del programa.**

La severidad del desdentamiento se analiza utilizando la clasificación de Kennedy y se evalúa en su severidad de acuerdo a los requerimientos del paciente en cuanto a funcionalidad estética, en primer lugar y luego masticatoria. De ese modo la Clase IV corresponde a la más severa, luego la Clase I, II y III. Esto para los desdentados parciales. Sin perjuicio de lo anterior, la máxima severidad corresponde a los desdentados totales. Esto se basa en el impacto que el desdentamiento tiene en los pacientes. Y la nominación por números romanos del I al IV no tiene un carácter ordinal, sino más bien son sólo descriptores de formas de desdentamiento.

Los datos presentados corresponden a 321 sujetos que poseen la condición de desdentados. Lo que supone una fuerte priorización de ingreso de sujetos con desdentamiento ya sea parcial o total. La proporción de desdentados en el programa corresponde a 64,9%. Este dato se encuentra por debajo de la frecuencia establecida en la canasta de un 100%.

A continuación, se muestra la proporción de desdentados en cada tramo de edad, en las modalidades de atención y la condición geográfica de urbano rural.

	Urbano (n=318)	Rural (n=176)	Atención Servicio (n=312)	Compra de Servicio (n=182)	Total
Menor de 40 años	35,3%	44,8%	33,9%	44,7%	38,1%
41-60 años	75,8%	82,9%	76,3%	81,7%	78,2%
Más de 60 años	70,6%*	44,1%*	61,3%	56,9%	60%

²⁹ Urzúa I, Mendoza C, Arteaga O, Rodríguez G, Cabello R, Faleiros S, Carvajal P, Muñoz A, Espinoza I, Aranda W, Gamonal J. Dental caries prevalence and tooth loss in Chilean adult population: first national dental examination survey. *Int J Dent*. 2012;2012:810170.

Todas las edades	65,7%	63,6%	63,7%	67%	64,9%
-------------------------	-------	-------	-------	-----	-------

Las diferencias observadas son estadísticamente significativas. * $p < 0.05$.

En el análisis de la tabla la única diferencia estadísticamente significativa que se observa en la proporción de desdentamiento entre los individuos urbanos comparados con los individuos rurales en los mayores de 60 años. Siendo, en promedio, la proporción de desdentados más baja en lo rural. Este resultado es confuso considerando que la ruralidad como factor de riesgo en salud bucal debería exhibir una mayor proporción de desdentados. Sin embargo, esta población corresponde a población consultante y no necesariamente representativa de la población rural

El principal cuadro de desdentamiento corresponde al desdentamiento posterior bilateral (ver anexo I) (29,9%). Mientras que el desdentamiento parcial que compromete el sector anterior (alto valor estético) alcanza solo el 6,1% y en el mismo sentido la proporción de desdentados totales corresponde al 27,7%.

Severidad de desdentamiento	Proporción de la muestra
Desdentado Total	27,7%
Clase de Kennedy IV	6,1%
Clase de Kennedy I	29,9%
Clase de Kennedy II	13,2%
Clase de Kennedy III	23,1%

El orden de severidad de la Clase de Kennedy es: Clase IV, I, II y III.

A continuación, se presenta la distribución de la severidad de desdentamiento por los tramos de edad

Severidad de desdentamiento	Menor de 40 años	41-60 años	Más de 60 años
Desdentado Total	22%*	15,9%*	49,2%*
Clase de Kennedy IV	4%	6,5%	6,2%
Clase de Kennedy I	22%	33,7%	26,9%
Clase de Kennedy II	14%	15,4%	9,2%
Clase de Kennedy III	38%**	28,5%**	8,5%**

*Las diferencias observadas en la proporción de la severidad son estadísticamente significativas con los otros tramos de edad ($p < 0,05$). ** Las diferencias observadas en la proporción de la severidad son estadísticamente significativas con los otros tramos de edad ($p < 0,05$)

La proporción de desdentados totales en mayor en el grupo de mayores de 60 años, lo que es consistente con lo esperado y esa diferencia es estadísticamente significativa. Ahora bien, el desdentamiento total no corresponde a la categoría de mayor severidad en el tratamiento, sin embargo representa la mayor severidad en el desdentamiento, esto considerando todas las prestaciones del área de operatoria y periodoncia que se deben realizar en un paciente desdentado parcialmente.

A continuación, se presenta la severidad del desdentamiento de acuerdo a la modalidad de prestación.

Severidad de desdentamiento	Urbano	Rural	Atención Servicio	Compra de Servicio
Desdentado Total	21,4%*	35,8%*	26,2%	29,9%
Clase de Kennedy IV	4,9%	7,7%	5,9%	6,4%
Clase de Kennedy I	29%	31,2%	30,7%	29,2%

Clase Kennedy II	de	14,3%	11,8%	13,5%	12,7%
Clase Kennedy III	de	30,4%**	13,5%**	24,1%	21,7%

*: Las diferencias observadas en la proporción de la severidad son estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

** : Las diferencias observadas en la proporción de la severidad son estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

En el análisis se puede observar que la severidad del desdentamiento es mayor en las clases de desdentado total y la clase IV de Kennedy en aquellos individuos de condición rural, siendo la primera una diferencia estadísticamente significativa. De alguna manera es esperable una diferencia de este tipo en cuanto al desdentamiento observado y la información epidemiológica disponible en nuestro país. En general se considera la condición de rural como un factor de riesgo para enfermedades bucales. Este análisis es coherente con lo que observamos en las diferencias del índice COPD, especialmente en el componente P, entre individuos rurales y urbanos, en que observamos una diferencia en la misma dirección apuntando a mayor daño en la población rural. En relación a la modalidad del prestador de servicio, se puede observar que no hay mayores diferencias, y aquellas que se muestran en la tabla no son estadísticamente significativas y tampoco representan un tema clínico relevante.

Se presenta la severidad del desdentamiento en relación a la severidad del perfil de daño de las beneficiarias.

Severidad de desdentamiento		Severidad Baja	Severidad Media	Severidad Alta
Desdentado Total		52,3%	43,1%	4,6%
Clase Kennedy IV	de	12,5%	66,7%	20,8%
Clase Kennedy I	de	9,3%	46,6%	44,1%
Clase Kennedy II	de	9,6%	42,3%	48,1%
Clase Kennedy III	de	5,5%	49,4%	45,1%

La distribución de la severidad del perfil de daño de las beneficiarias se relaciona con la severidad del desdentamiento. Considerando que el desdentado total a pesar de sufrir de la mayor severidad de desdentamiento, se concentra en el perfil de daño de severidad baja y media. Lo que es esperable considerando la ausencia de dientes que pueden sufrir de necesidades de tratamientos de operatoria y periodoncia. Mientras que las severidades de desdentamiento parcial se concentran en los perfiles de daño de mayor severidad.

- **Número de acciones de operatoria dental.**

La operatoria dental se refiere al tratamiento rehabilitador que se realiza sobre un diente para recuperar el daño producido por caries dental. Comúnmente se denomina como “tapaduras”. Utilizando el componente C del índice COPD, es decir lesiones de caries no tratadas, se estima que en promedio se realizan 3,2 acciones de operatoria con una desviación estándar de 3,1 y con un mínimo de 0 y un máximo de 16 acciones de operatoria dental. Esta aproximación se realiza utilizando este componente porque representa la necesidad de tratamiento al inicio del tratamiento y la resolución de esta necesidad es un criterio del alta del paciente. En la otra mano, el componente O del indicador, corresponde a aquellos dientes que han sido previamente restaurados, previo al ingreso del paciente, y este componente representa un buen indicador del daño por caries acumulado.

Indicador	Atención Servicio					Compra de Servicio				
	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
C	278	2,9*	2,9	0	14	163	3,6*	3,3	0	16
Indicador	Urbano					Rural				
	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
C	293	3,9**	3,2	0	16	148	1,7**	2,2	0	10

*:Las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($p<0,01$).

** : Las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($p<0,01$).

Se observa una diferencia entre el número de lesiones de caries entre la condición urbana versus la condición rural, diferencia que es estadísticamente significativa, la mayor carga de enfermedad se observa en el contexto urbano. Cabe destacar que la diferencia es cerca de un diente más en el sector urbano. Por otro lado, hay una diferencia de 0,7 dientes con acciones de operatoria que es estadísticamente significativa entre la atención en el servicio comparado con la compra de servicio, siendo mayor el número de acciones en la compra de servicio. La diferencia observa da cuenta de mayores acciones de operatoria en la compra de servicio, sin embargo, la magnitud de esta diferencia se encuentra en el límite de lo que clínicamente podemos considerar relevante. Ahora bien, las causas de esta diferencias pueden estar dadas por una selección de pacientes al momento de recolectar la información, situación poco probable puesto que no se encuentra una marcada y consistencia diferencia en materia de actividades que se deben realizar con un impacto clínico menor.

El análisis sobre los tramos de edad y la severidad del perfil de daño de las beneficiarias se puede observar en detalles en apartado de análisis de severidad de daño relacionado con caries dental.

- **Número de pacientes con acciones de periodoncia.**

Las acciones de periodoncia se definen como aquellas que se realizan en pacientes con diagnóstico de gingivitis (enfermedad relacionada con la inflamación de las encías) y de enfermedad periodontal (enfermedad de mayor gravedad de las encías y el hueso que da soporte de los dientes). Se utiliza este indicador bajo la misma lógica del uso del componente C en los tratamientos de caries dental. Esto es considerado un criterio de alta odontológica. En la siguiente tabla se muestra la proporción de individuos que tienen registro de diagnóstico de gingivitis y enfermedad periodontal de acuerdo a la modalidad de atención y la condición de urbano rural. Numero de observaciones 478.

	Atención Servicio	Compra de Servicio	Urbano	Rural	Total
Gingivitis	55,7%	54,4%	57,8%	50,6%	55,2%
Enfermedad Periodontal	45,6%	56,7%	50,7%	48,3%	49,8%

Los datos sugieren una distribución homogénea de los procedimientos de periodoncia entre los individuos de acuerdo a la modalidad de prestación, considerando que las diferencias observadas no son estadísticamente significativas. La mayor frecuencia relativa de gingivitis se observa en la atención de servicio mientras que la mayor proporción de enfermedad periodontal se observa en la modalidad de compra de servicios. Por otro lado, la gingivitis y la enfermedad periodontal se expresan en mayor proporción en los individuos pertenecientes a la categoría urbano. Las diferencias no son significativas.

Frente a este dato en particular, al parecer aparecen diferencias en el diagnóstico de enfermedad periodontal y gingivitis entre los sujetos de condición urbana versus la rural. Aquí el mayor daño se concentra en la condición urbana y esta situación de acuerdo a los datos publicados en la literatura científica es indicador de sub diagnóstico de las enfermedades gingivo-periodontales en el escenario rural. Este resultado requiere analizar las capacidades diagnósticas de los prestadores desplegados en la ruralidad. Al parecer estos datos sugieren que las variables en cuestión se encuentran subdiagnosticadas en el contexto rural. Es recomendable, basado en los resultados, evaluar las necesidades de instalación de capacidades en diagnósticos.

A continuación, se presenta la distribución de la gingivitis y la enfermedad periodontal en los distintos tramos de edad.

	Gingivitis	Enfermedad Periodontal
Menor de 40 años	61,3%	54,8%
41-60 años	53,4%	49,4%
Más de 60 años	53,3%	47,1%

Las diferencias observadas no son estadísticamente significativas entre los distintos tramos de edad y tanto para la gingivitis como para la enfermedad periodontal.

El grupo mayor de 60 años presenta cifras similares a las del tramo de edad con el tramo de 41-60, esto puede ser explicado por la concentración del desdentamiento total en este tramo de edad.

A continuación, se presentan la distribución de la gingivitis y la enfermedad periodontal en los distintos tramos de severidad del perfil de daño.

	Gingivitis	Enfermedad Periodontal
Severidad Baja	53,6%	47,1%
Severidad Media	54,1%	47,8%
Severidad Alta	58,5%	55,5%

A pesar que las diferencias que se observan no son estadísticamente significativas, se puede establecer una tendencia a la acumulación de las acciones de periodoncia, tanto en el ámbito de la gingivitis, como en la enfermedad periodontal en las mayores severidades.

- **El número de atenciones por caso resuelto y controles registrados.**

El número de atenciones promedio y de controles para cada caso se muestran en la siguiente tabla.

Indicador	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Controles	409	1,5	1,2	0	7
Atenciones	473	7,04	3,2	1	19

En la siguiente tabla se presenta la media de controles y atenciones de acuerdo a la modalidad de prestación.

Indicador	Atención Servicio					Compra de Servicio				
	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atenciones	291	7,7*	3,3	1	19	182	6*	2,8	1	19
Controles	276	1,7**	1,2	0	7	133	1,1**	1,1	0	5

*: Las diferencias observadas en la proporción de la severidad son estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

** : Las diferencias observadas en la proporción de la severidad son estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Se establece que las diferencias en controles y atenciones entre atención de servicio y compra de servicio es estadísticamente significativa. Ahora, bien la diferencia en atenciones es de 1,7 atenciones, siendo mayor en la modalidad atención servicio y en controles, la diferencia es de 0,6, siendo menor en la compra de servicios.

En la siguiente tabla se presenta la media de controles y atenciones de acuerdo a la condición geográfica.

Indicador	Urbano					Rural				
	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atenciones	315	7,3*	3,2	1	19	158	6,6*	3,21	1	19
Controles	246	1,6**	1,2	0	7	163	1,4**	1,2	0	5

*: Las diferencias observadas en la proporción de la severidad son estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

** : Las diferencias observadas en la proporción de la severidad son estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Las medias de controles y atenciones en la condición geográfica muestran diferencias estadísticamente significativas. Esta diferencia da cuenta de un mayor número de controles en el área urbana comparada con el área rural. Esta condición es explicable de acuerdo a la concentración de la severidad en lo urbano por sobre lo rural. El mismo análisis puede ser aplicado a los observado en relación los controles.

Se presenta la media de número de atenciones y controles de acuerdo a tramos de edad, considerando la edad como una variable proxy del daño de salud bucal.

Atenciones	Controles
------------	-----------

Menor de 40 años	7,3	1,5
41-60 años	7,1	1,5
Más de 60 años	7,5	1,4

Las diferencias observadas no son significativas en controles y atenciones en los tramos de edad utilizadas en el análisis.

Por último, se presenta la distribución de las atenciones y controles de acuerdo al perfil de daño.

	Controles	Atenciones
Severidad Baja	1,5	6,7
Severidad Media	1,5	6,9
Severidad Alta	1,5	7,6

Los datos recopilados no muestran diferencias estadísticamente significativas en el número de controles entre los distintos niveles de severidad de del perfil de daño. Mientras que el número de atenciones no exhibe diferencias estadísticamente significativas entre el número de atenciones, sin embargo, se establece una tendencia de mayor número de atenciones en el perfil de mayor severidad. Esta diferencia de una sesión al menos en promedio no alcanza la significancia estadística sin perjuicio que clínicamente el orden de magnitud es relevante. Si el tamaño de muestra fuera mayor, se podría establecer diferencia en este parámetro.

- **Tipo de prótesis realizada**

Las prótesis realizadas en el programa pueden ser parciales, para aquellos pacientes con desdentamiento parcial y prótesis totales para aquellos pacientes que sufren de desdentamiento total. Además, las prótesis parciales pueden ser realizadas de distintos materiales, acrílico o metálicas. Estas últimas suponen mayor complejidad clínica.

En la siguiente tabla se muestra la clasificación por material sobre las modalidades de atención y la condición geográfica. Se reporta la información de 395 individuos.

Tipo de material de la prótesis	Atención Servicio	Compra de Servicio	Urbano	Rural	Total
Prótesis Metálica	15,2%	14,5%	21,2%	4,5%	16,7%
Prótesis Acrílica	84,8%	85,5%	78,8%	93,3%	84,5%

Del análisis de los datos se puede observar una concentración de prótesis acrílicas por sobre metálicas en la condición geográfica de ruralidad. En la zona rural, de cada 10 prótesis 9 son de acrílico, mientras que en la condición urbana de cada 10 prótesis 7 son de acrílico. Esta situación puede ser explicada en el hecho de la disponibilidad técnica de laboratorios dentales que puedan manejar las prótesis metálicas en las localidades rurales. Sin embargo, se debe explorar con mayor profundidad las causas de esta concentración.

La siguiente tabla muestra la distribución por extensión de la prótesis sobre las modalidades de atención y la condición geográfica. Se reporta la información de 395 individuos.

Tipo de extensión de la prótesis	Atención Servicio	Compra de Servicio	Urbano	Rural	Total
Prótesis parcial	73,2%	68,3%	77,6%	64,3%	72%
Prótesis total	27%	31,7%	22,4%	35,7%	28%

La distribución de la extensión de la prótesis es homogénea entre todos los parámetros que se evalúan. Del mismo modo las frecuencias relativas están acorde a lo que se espera en este programa de salud bucal.

El análisis de cruce por material y extensión no es necesaria puesto que todas las prótesis metálicas por definición son parciales, mientras que todas las prótesis totales son acrílicas. Esto es así por razones técnicas, no hay necesidad de discernir porque no es posible realizar una prótesis total sobre una base metálica. Las distribuciones de estas prestaciones se vinculan fuertemente con la severidad del desdentamiento.

- **Numero de prestaciones preventivas**

Entre las prestaciones preventivas hemos levantado información de la entregada de un kit de higiene bucal, que consiste en cepillo de diente y pasta dental, y el reporte de instrucción de higiene bucal realizada con las pacientes. La siguiente tabla muestra la distribución de prestaciones preventivas sobre las modalidades de atención y la condición geográfica. Se reporta la información de 478 individuos.

Prestaciones preventivas	Atención Servicio	Compra de Servicio	Urbano	Rural	Total
Entrega de kit de higiene bucal	80,4%	99,5%	94,9%	73,6%	87,7%
Instrucción de higiene bucal	93,9%	76,4%	85,1%	91,4%	12,3%

Se destaca la alta cobertura alcanzada en todos los escenarios, incluso alcanzando niveles muy cercanos a la cobertura total. Existe un 73,6% de entrega del kit de higiene bucal en contraste con el 94,9% que se observa en la condición urbana. La gestión de la compra o adquisición de los insumos para la entrega de los kit puede ser una situación que requiera habilidades en los equipos de gestión local. Por tanto, podría ser dependiente de este aspecto la diferencia observada con respecto a la condición urbana. Se sugiere reforzar los procesos de entrega de kit de higiene en los prestadores rurales.

A continuación, se presenta las prestaciones preventivas desarrolladas de acuerdo a los tramos de edad.

	Entrega de kit de higiene bucal	Instrucción de higiene bucal
Menor de 40 años	90,1%	87,9%
41-60 años	87%	91,1%*

Más de 60 años	87,1%	80%*
-----------------------	-------	------

*Las diferencias observadas son estadísticamente significativas. *p<0.05.*

A pesar de que las coberturas son elevadas, todas por sobre el 80%, se observan diferencias significativas entre el grupo 41-60 años y el grupo de más de 60 años sobre la instrucción de higiene bucal.

A continuación, se presenta las prestaciones preventivas desarrolladas de acuerdo a los tramos de severidad de los perfiles de daños.

	Entrega de kit de higiene bucal	Instrucción de higiene bucal
Severidad Baja	87,6%	78,1%
Severidad Media	87,4%	89,9%
Severidad Alta	88,1%	92,5%

Las coberturas son elevadas, todas por sobre el 80%, a excepción de la instrucción de higiene en la severidad baja. Las diferencias no son estadísticamente significativas.

Utilización de las prestaciones de la canasta

Ítem o Prestación	Frecuencia	Utilización	%
Examen de Salud	1	1	100%
Destartraje y pulido coronario	1	1	55,2%
Obturaciones amalgama	4		
Obturaciones vidrio ionómero	1	3,2	53,3%
Obturaciones Composite	1		
Radiografía	5	NE	NE
Exodoncia	3	NE	NE
Endodoncia uni o birradicular	0.3	NE	NE
Destartraje y pulido radicular (a)	1	1	49,8%
Prótesis Restitución (FASE LAB.)	0.6	1	64,9%
Prótesis Restitución (FASE LAB.)	0.2		
Prótesis Metálica	0.2	1	50%
1 cepillo y pasta dental (b)	1	1	87.7%

NE: No evaluado

Conclusiones

De acuerdo al propósito del estudio se puede concluir que los datos sugieren en su análisis que existen diferencias estadísticamente significativas entre algunos de los indicadores que se han analizado. La mayoría tienen relación con diferencias entre la condición geográfica de urbano ruralidad, concentrando mayor daño en la condición urbana. Esto es consistente entre aquellos indicadores que han mostrado diferencias. Por otro lado, sobre el eje de modalidad de prestación de servicios se observan diferencias

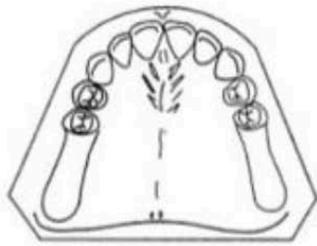
significativas en el índice COPD y sus componentes. Esto da cuenta de una concentración del daño por caries en la modalidad de atención del sistema. Ahora, al analizar los datos del perfil de daño de las beneficiarias, no existen diferencias estadísticamente significativas.

Por lo que se puede afirmar que no existen una concentración de diferencias en el perfil de daño y de las prestaciones de salud bucal en el contexto del programa “Mas Sonrisas para Chile” entregadas entre modalidad de prestadores. La modalidad de prestadores no determina diferencias en la complejidad y tampoco en el tipo de prótesis o tiempo en consultas que demora el cumplir con los objetivos del programa. Las prestaciones entregadas por el programa son coherentes y se enmarcan en los criterios de inclusión del programa. Las únicas diferencias encontradas que se pueden destacar tienen que ver con el perfil de necesidades de tratamiento, el tipo de material utilizado en la confección de prótesis y en la entrega del kit de higiene bucal, en que la condición geográfica de urbano rural donde se mantiene una diferencia.

Este estudio posee limitaciones en cuanto a la selección de la muestra, es de suponer que una muestra aleatoria podría mejorar la estimación de los parámetros. Sin perjuicio de lo anterior los datos sugieren resultados contundentes en cuanto a concluir que el programa “Mas Sonrisas para Chile” se desarrolla sin grandes diferencias entre las modalidades de compra de servicios o prestación entregadas por el servicio propiamente tal y que las diferencias encontradas en la condición urbana rural son explicables por la condición de ruralidad.

Se debe destacar que se consiguió la información de todos los establecimientos en los que se solicitó y que el levantamiento de información cumplió completamente su objetivo. Por otro lado, la información registrada en las fichas clínicas de los pacientes y que ha sido consolidada en la base de datos utilizada es de buena calidad y exhaustiva. Se esperaba tasas de registro más bajas de las que se han alcanzado.

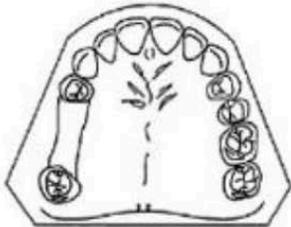
Anexo 1.-Esquema de la clasificación de Kennedy para el edentulismo parcial



Clase I de Kennedy
Áreas edéntulas bilaterales
posteriores a los dientes
naturales



Clase II de Kennedy
Área edéntula unilateral, posterior
a los dientes naturales
remanentes



Clase III de Kennedy
Área edéntula unilateral con dientes
remanentes hacia anterior y posterior



Clase IV de Kennedy
Área edéntula única, bilateral que
atraviesa la línea media, anterior a los
dientes remanentes

Figura 44. Clasificación de Kennedy

Tomado de: http://es.slideshare.net/fran_ykt/clasificacion-kennedy-37893900