

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

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

MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

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

ENERO - JULIO 2017

NOMBRE PROGRAMA: Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica
AÑO DE INICIO: variable según componente
MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud
SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Redes Asistenciales

RESUMEN EJECUTIVO

PERÍODO DE EVALUACIÓN: Variable según componente
PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2017: \$26.622.592 millones

1. Descripción general del programa

Este Programa tiene cinco los componentes, todos los cuales constituyen parte de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria (PRAPS), los que son gestionados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales a través de la División de Atención Primaria (DIVAP) y ejecutados por la red APS a partir de los convenios que los Servicios de Salud (SS) establecen con las municipalidades para estos efectos. Los ejecutores pueden ser equipos de salud de la propia APS o entidades privadas. El proceso administrativo asociado a la gestión de estos componentes se repite para cada uno de ellos.

▪ Objetivos de Fin y Propósito

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

▪ Componentes:

Primer componente: “Resolución de Especialidades Odontológicas en APS”

Se trata de aumentar la capacidad resolutoria de APS en las especialidades de endodoncia y prótesis removible para la población mayor de 20 años, con el objeto de resolver pacientes que están en listas de espera. Se entrega así a este nivel de atención una mayor capacidad resolutoria, como una forma de aumentar la oferta en dos especialidades de alta demanda con importantes listas de espera.

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

Se trata de facilitar el acceso a la atención odontológica a poblaciones alejadas de los centros de salud y de alta vulnerabilidad a través del uso de clínicas dentales móviles. La estrategia de utilizar este tipo de dispositivos está vigente desde el año 2007 y no tiene restricciones en cuanto a edad del paciente o género. Las actividades que se llevan a cabo en estos dispositivos son recuperativas, principalmente obturaciones y destartraje. Los lugares donde se destinan dependen del territorio de cada SS y por tanto son definidos por los 22 SS que disponen de móviles.

Según señala la contraparte ministerial, la gestión de estos móviles es muy heterogénea en cuanto a su uso e impacto, ya que existe una flota de 22 móviles en total, muchos de los cuales están fuera de uso por largos periodos por falta de mantención o problemas con el equipamiento, sin existir un seguimiento por parte de la DIVAP respecto de este punto. Son los SS los que contratan el recurso humano necesario y definen el período de

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

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

Este componente busca aumentar la cobertura de actividades de prevención de daño y las altas odontológicas integrales a través de su aplicación en CECOSF a población menor de 20 años y se instaura en el año 2011. Se realizan charlas de higiene bucal por parte de auxiliar dental, quien coordina estas actividades con organizaciones comunales, jardines infantiles y escuelas; el odontólogo realiza aplicación de flúor barniz como medida preventiva en niños y las acciones curativas. Beneficia a la población inscrita en cada CECOSF y es atendido por consulta espontánea o por derivación desde otro establecimiento de la APS.

La incorporación de los CECOSF en la actividad odontológica señalada, aumenta la oferta de la atención dental en horarios habituales a partir de la incorporación que realizaron las municipalidades de sillones dentales de acuerdo a su disponibilidad financiera, los que actualmente están en 139 de los 175 CECOSF en funciones y en la práctica esta atención dental es igual a la realizada en los CESFAM¹, es decir, son atendidos por odontólogos de APS, se financian con el per cápita y realizan las mismas prestaciones, incluyendo rayos. Los 100 nuevos CECOSF que están proyectados como nueva infraestructura de la presente administración tienen todos contemplados sillones dentales con equipo de rayos dental, con lo cual se facilita el acceso y mejora la calidad y resolutivez de la atención en este nivel.

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

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

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

Iniciado conjuntamente con el 4º componente, aquí la atención está orientada a adolescentes que cursan 3º y 4º medio y se realiza después de la jornada escolar en los centros de salud donde el alumno es derivado, en centros privados y en dispositivos móviles al interior de los establecimientos educacionales durante la jornada escolar. Como producto final de este componente, se tienen las “altas odontológicas integrales”, para lo cual se requiere eventualmente más de una consulta, las cuales son realizadas por el mismo profesional.

▪ Población objetivo y beneficiarios efectivos

¹ Centros de Salud Familiar

Primer Componente: La población potencial está constituida por mayores de 20 años, hombres y mujeres beneficiarios del Sistema Público de Salud, que están inscritos en un centro de atención de APS y que no están en los grupos etarios y/o condición que define el Programa de Garantías Explícitas GES². La población objetivo es aquella que va ingresando a las Listas de Espera para estas dos prestaciones; en el caso de endodoncia, son 72.836 y de prótesis 92.393, esto según datos del Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE)³. El componente hace referencia a actividades comprometidas para cada prestación otorgada: año 2016 12.333 endodoncias y 25.118 prótesis.

Segundo Componente: No hay definida población objetivo, ya que la cantidad de actividades y de beneficiados dependerá de la disponibilidad operativa de las clínicas móviles. Tampoco hay una definición de meta en cuanto a cantidad de actividad a ser realizada en un determinado período de tiempo. Se dispone de un total de 22 móviles, de los cuales se desconoce cuáles están operativos.

Tercer Componente: La población potencial corresponde a menores de 20 años inscritos en CECOSF; la población inscrita en los CECOSF con edades entre los 7 y 19 años, corresponden a 2.329.555⁴ que es la aproximación respecto de población potencial; de este grupo, se considera una población objetivo de 1.600.689 que corresponde a aquella que padece algún tipo de enfermedad dental, estimada a partir de una prevalencia del 70%⁵. Del universo de este tipo de establecimientos, que son 175, 139 cuentan con sillón dental, pero se desconoce la oferta disponible de horas odontólogo para este componente.

Cuarto Componente: Si se considera que la patología odontológica en mayores de 20 años tiene una prevalencia de 98%, se llega a una población potencial de 8.838.768 personas. Sin embargo, esta es una cifra referencial ya que el componente define número de actividades y no de beneficiarios, ya que la cantidad de prestaciones no se corresponden con la de beneficiados.

² Que corresponden a 1) embarazadas 2) urgencias odontológicas y 3) personas de 60 años

³ Sistema informatizado para toda la red pública donde se registran pacientes en listas de espera.

⁴ Reformulación del Programa Odontológico Integral año 2014: Se excluye de esta cifra población de 12 años.

⁵ Ídem a referencia anterior

Quinto Componente: En el caso del Componente 5, la población potencial se refiere a alumnos, hombres y mujeres, cursando 4º año de enseñanza media en establecimientos municipales y particulares subvencionados del sistema regular de educación o del sistema de normalización de estudios (adultos en escuelas nocturnas). A partir de septiembre del 2016 se incluyó también a alumnos de 3º medio. Según cifras del Dpto. de Estudios y Desarrollo del MINEDUC, en el año 2009 la cantidad de alumnos matriculados en 4º medio corresponden a 180.000⁶. En este caso, se considera que todo alumno es beneficiario del componente, siendo por tanto la población potencial equivalente a todos los alumnos matriculados en 3º y 4º medio y la población objetivo aquella que pudiera requerir atención. No se tiene antecedentes de la prevalencia de enfermedad bucal en ese rango de edad, por lo cual no se puede estimar este valor.

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

Son cinco grandes áreas en que se ha estructurado para fines de este análisis, la atención odontológica otorgada por instituciones públicas: aquellas correspondientes a GES, la que realiza el MINEDUC a través de JUNAEB con sus dos componentes: la fluoruración de la leche en el programa PAE para zonas sin fluoruración de agua potable y que corresponde a una actividad preventiva y un segundo componente de educación, prevención y curación.

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

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

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	Beneficiarios toda edad			

⁶ Información de las SEREMI de Educación; no se tiene información respecto de si esta cifra ha sido actualizada después de esa fecha para efectos de tener un cálculo más real respecto de cobertura y población objetivo.

	Alta integral				
At. Nivel Secundario	Curativo	Atención especialidades incluye prótesis y endodoncia			
At. Odontológica en CECOSF	Preventivo Alta integral	De 2 a 20 años			
At. Dental 4º medios	Preventivo Alta integral			16 a 18 años	
Más Sonrisas para Chile	Preventivo Alta integral Prótesis			15 años y más Solo Mujeres	
GES embarazadas*	Alta integral			Embarazadas	
GES 60 años*	Alta integral				60 años
Extensión horaria	Curativo				Adulto
Hombres escasos recursos*	Preventivo Alta integral Prótesis				Adulto Solo hombres
Resolución Especialidades en APS	Curativo: Endodoncia y prótesis				Adulto

*No sujeto a evaluación Fuente: elaboración propia

En este análisis destacan los siguientes hechos:

- **“Atención odontológica en CECOSF”** está orientado a la misma población que ya incorpora el Plan de Salud Familiar; este último, se focaliza en menores de 20 años mientras que el Plan de Salud Familiar incorpora todos los grupos etarios.
- **“Estudiantes de 4º medio”** se superpone al componente de “Atención en CECOSF” y a la actividad regular de la APS, ya que el primer componente no tiene otro criterio de focalización, excepto el corresponder a escuelas públicas o particulares subvencionadas, que no es un grupo excluido de la atención en CECOSF ni en la del programa de APS.
- En el caso del **“Acercamiento con móviles dentales”**, éste no hace diferenciación en términos de edad, por lo cual se superpone a los dos anteriores, destacando sí el hecho de estar dirigido a población urbana y rural que tiene difícil acceso a la atención dental.
- **“Extensión horaria”** hay una superposición con el Plan de Salud Familiar en APS en cuanto cartera de servicios, sin embargo, esta modalidad permite el acceso a una población que ve dificultado su acceso en horarios habituales de atención, lo cual justifica su existencia.
- **“Especialidades en APS”**, aun cuando está orientada al mismo grupo etario que las dos señaladas previamente, aquí se trata de prestaciones que no forman parte habitual de la cartera de servicios que otorga la APS, y su objetivo se centra en reducir las listas de espera. Donde sí existe superposición, es con la actividad que se desarrolla en el nivel secundario y con el programa “Más Sonrisas para Chile”, que está orientado a mujeres, donde se incluye las dos prestaciones de especialidad que tiene el programa, aun cuando en este último caso, la canasta está diseñada para un alta integral y por tanto, incluye la resolución completa del problema de salud bucal, lo que no está garantizado en el primero de éstos.

2. Resultados de la Evaluación

Justificación del programa

Todos los componentes de este programa están enfocados en resolver un problema de salud pública que genera una alta demanda insatisfecha, dada la insuficiencia del sistema público de cubrir las necesidades de la población. Las dificultades en el acceso están

dadas por una oferta insuficiente y por limitaciones al acceso tanto en términos financieros como geográficos, dado que esta problemática tiene importantes gradientes de inequidad en desmedro de la población de escasos recursos y que vive en condiciones de ruralidad. La cantidad de sillones dentales y la provisión de horas odontólogo son aproximadamente un octavo de los requeridos: 1 sillón dental por cada 40.000 habitantes, y un odontólogo de 44 horas por cada 6.300 habitantes⁷.

A junio del 2016 el Sistema Público registra casi 400.000 pacientes en Listas de Espera para atención odontológica en el nivel secundario, de los cuales un 30% son menores de 15 años y 3.733 pacientes en espera de intervención quirúrgica, de los cuales un 46% está en espera más de un año. No se tienen estimaciones de la demanda insatisfecha en la red APS.

Esto se da en un escenario en que se calcula una prevalencia de enfermedad bucal sobre el 90% en la población adulta, con un índice COP-D⁸ de 15 en población entre los 34 y 44 años y de 22 en población de 65 a 74 años (ambos considerados niveles de daño alto); en el primer grupo en promedio hay 6 dientes faltantes y en el segundo 17 dientes faltantes.⁹

▪ **Eficacia y Calidad**

El programa no cuenta con indicadores que informen el cumplimiento de su fin y propósito; sin embargo, se podría afirmar que el programa ha contribuido al cumplimiento de estos, en la medida en que las acciones que se realizan significan un aumento en la oferta de atenciones odontológicas. Sin embargo, no ha sido factible determinar cuánto de las atenciones constituyen un aumento neto y cuánto un desplazamiento (crowding-out) de actividad que se debería realizar como parte del Plan de Salud Familiar de la APS o, en el caso del componente 1, del nivel secundario de atención.

En cuanto a la eficacia por componentes:

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

El programa ha cumplido las metas que se ha definido, tanto en número de endodoncias como en prótesis removibles. La producción del componente ha tenido un aumento del 7% en sus dos productos entre 2013 y 2016.

Componente 2: Clínicas dentales móviles

Este componente ha variado la forma de registrar su producción en el periodo en evaluación, siendo posible calcular un indicador de uso de los dispositivos sólo a partir del año 2015. La producción global se reducen en un 12% anual y en el período 2015 – 2016 se presenta además un aumento de horas sillón disponibles, lo que hace que el rendimiento de los sillones caiga en un 16%.

Componente 3: Aumento de cobertura a través de CECOSF

El número de aplicaciones de flúor barniz ha aumentado 12,6% entre 2013 y 2014, de 30.845 a 34.739, con un máximo de 39.263 en 2014. El número de altas odontológicas,

⁷ Antecedentes entregados por la contraparte del programa.

⁸ La OMS ha definido el índice COP-D para definir la severidad de las caries la cual se mide a los 12 años de edad, utilizándose los siguientes criterios: Muy bajo: 0.0 – 1.1; Bajo: 1.2 – 2.6; Moderado: 2.7 – 4.4 y Alto: > de 4.4 El odontólogo realiza la inspección bucal, donde se observa la cantidad de piezas con caries (C), las piezas dentales obturadas, es decir tratadas por caries (O), piezas dentales permanentes perdidas por caries (P) y estos en relación a número total de piezas dentales

⁹ Fuente: Dental Caries Prevalence and Tooth Loss in Chilean Adult Population: First National Dental Examination Survey I. Urzua, et al.

por su parte, solo registra datos para los años 2015 y 2016. En este periodo las atenciones crecieron de 42.238 a 45.757, lo que corresponde a un 8% de aumento.

Componente 4: Extensión horaria

El componente considera como meta la realización de 1920 consultas por cada extensión horaria, considerando un rendimiento de dos consultas por hora. Los datos, por su parte, muestran un cumplimiento en torno al 63%, equivalente a 1,3 consultas por hora. Este indicador implica una baja utilización de los recursos disponibles. Además, se desconoce cuánto de estas atenciones es un aumento neto de producción y cuanto un desplazamiento de actividades que se podrían realizar en horario normal.

Componente 5: Atención a alumnos de 4° medio

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

Cobertura y focalización:

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

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

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

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

Las poblaciones potencial y objetivo son distintas para cada componente y en algunos casos se traslapan. Más aun, la mayoría de los componentes no tienen claramente identificadas sus poblaciones potencial y objetivo, por lo que un análisis de cobertura se hace difícil y sus resultados pudieran dar indicadores equívocos.

Calidad:

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

▪ **Economía**

La fuente de ingreso del presupuesto del programa proviene del aporte fiscal y de aporte de terceros, Municipalidades/Corporaciones. El presupuesto del 2015 representó M\$15.020.578 (aporte por ley MINSAL M\$13.638.570), el 2016 con M\$22.142.722 (aporte por ley MINSAL M\$20.078.756), y el 2017, con M\$ 29.367.592 (aporte por ley MINSAL M\$26.622.592). El presupuesto del programa experimentó un incremento del 95% entre 2015-2017, cuyos primeros registros explican que este aumento provendría del aporte fiscal del sector salud.

Los aportes provienen del aporte fiscal de MINSAL, representa entre 1,0 (2015) a 1,7 (2017) del presupuesto de Atención Primaria, cuyo presupuesto del Programa se ha incrementado entre un 1%(2014), 1.4%(2015) y el 1.7%(2016) respecto del Programa de Atención Primaria.

El gasto del Programa tuvo un crecimiento del 48,78% entre el año 2015 al 2016, que obedece a focalizar e incrementar inversión en aquellas áreas de atención bucal con brechas generadas al año 2014, como es la atención de morbilidad odontológica en extensión horaria y mejorar la cobertura de la atención odontológica integral de los alumnos de 4º año medio, todo conforme a las prioridades del MINSAL al 2104-2018.

El gasto del componente 1, 2 y 3 se ha mantenido sin mayores variaciones entre 2013-2016 y el mayor incremento se produce en el presupuesto del año 2016 del componente 4, con un aumento del 102% y el componente 5, con un aumento de 144,53%.

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

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

El nivel de ejecución del presupuesto a nivel de devengación de gasto asciende a un 100%, para los años 2015-2016, se asume que los recursos no son devueltos al MINSAL, lo que evidencia un nivel alto de uso de recursos para asegurar las prestaciones de salud bucal, sobre la base a metas comprometidas y ajustadas al marco presupuestario.

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

En cuanto al aporte de terceros, las Municipalidades/Corporaciones realizan un aporte complementario al recibido del MINSAL, con el fin de garantizar el cumplimiento del programa Acceso en la comuna. Los recursos que entregan corresponden a horas ocupadas por los funcionarios y gastos comunes básicos de operación de las instalaciones. El aporte financiero que se levantó, año 2017, se basó en el prorateo del gasto administrativo del área de salud municipal en el Programa Acceso, cuyo monto aproximado alcanzó los M\$2.745.000 a nivel nacional.

Estos recursos e insumos se usan como línea base para estimar el gasto administrativo de los años anteriores, basado en el porcentaje de presupuesto del programa del año respectivo en relación al presupuesto del año 2017.

El porcentaje de administración se mantiene entre un 9-10% del presupuesto del Programa entre los años 2014-2016, monto que proviene casi en su totalidad del soporte municipal. Este costo de agencia se considera razonable respecto a la magnitud de inversión y soporte que se tiene que otorgar a nivel nacional.

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

▪ **Eficiencia**

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

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

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

Componente 2: Clínicas dentales móviles

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

Componente 3: Aumento de cobertura a través de CECOSF

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

Componente 4: Extensión horaria

En este caso, para el indicador Gasto total/Número de consultas, se observa que, si bien el gasto se duplica en términos reales, la cantidad de consultas se incrementa sólo en 33%, generando que el indicador tenga un incremento de 53% real, lo que significa una importante caída en el rendimiento de los recursos. Esto es particularmente importante al observar que, al año 2016, la extensión horaria corresponde a un 37% del presupuesto total devengado por este programa, siendo el mayor de los cinco componentes.

Componente 5: Atención a alumnos de 4° medio

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

▪ **Desempeño Global**

Cuatro de los cinco componentes evaluados contribuyen a resolver el problema que buscan solucionar, aun cuando no se puede evaluar la participación o medida en que éstos lo hacen, en el contexto global de lo que es la atención odontológica de la red pública de salud. Se excluye el componente “Móviles dentales para zonas de difícil acceso” ya que no es posible verificar esta contribución, debido a que no está cuantificada su actividad.

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

- No se logra visualizar a estos como un todo que complementa en forma orgánica la actividad regular del sector en el área dental; aun cuando se evidencia que al menos 4 de sus componentes generan actividad, no es posible garantizar que esta sea un incremento respecto de la actividad regular de la APS financiada con per cápita, y que esta mayor actividad esté acorde a los recursos entregados. Las importantes superposiciones existentes y multiplicidad de programas, a juicio del panel, es una dispersión y fragmentación en la ejecución de una política pública que atenta contra su eficiencia y eficacia.
- El segundo aspecto dice relación con la insuficiente focalización, lo cual incide en el punto anterior, pero además genera problemas con la asignación de recursos, los que, sin estos criterios normados o definidos, puede ser del todo inadecuada para los efectos del objetivo que el programa se plantea y que es estar orientados a población más vulnerable, con mayor daño y con mayores dificultades de acceso.
- Se considera que el diseño en cuanto a seguimiento es insuficiente, así como el uso de indicadores para objetivar el desempeño. Aspectos relevantes a considerar son la efectiva reducción de listas de espera, el aumento neto de la actividad en APS atribuida al determinado componente y el registro de pacientes con RUT a objeto de permitir análisis de coberturas y población beneficiada.
- La gestión del programa implica una carga administrativa muy importante, la cual, a juicio del panel, pudiera simplificarse en la medida que se simplifica el diseño del programa y se integren sus componentes a una lógica sistémica en el área de salud bucal del sector.

El presupuesto del programa, incluyendo el aporte municipal, experimentó un incremento del 95% entre 2015-2017, con un monto de M\$15.020.578, y M\$29.367.592, respectivamente, cuyos recursos financieros del Programa hoy formarían parte de un 1,74% del presupuesto del MINSAL en Atención Primaria. Los primeros registros, explican que este aumento provendría del aporte fiscal del sector salud.

El nivel de ejecución del presupuesto a nivel de devengación de gasto asciende a un 100%, para los años 2015-2016, lo que evidencia un nivel alto de uso de recursos para asegurar las prestaciones de salud bucal, sobre la base a metas comprometidas y ajustadas al marco presupuestario.

El gasto del Programa tuvo un crecimiento del 48,78% entre el año 2015 al 2016, que obedece a focalizar e incrementar inversión en aquellas áreas de atención bucal con

brechas generadas al año 2014, como es la atención de morbilidad odontológica en extensión horaria y mejorar la cobertura de la atención odontológica integral de los alumnos de 4º año medio, todo conforme a las prioridades del MINSAL al 2104-2018. El gasto del componente 1, 2 y 3 se ha mantenido sin mayores variaciones entre 2013-2016, y el mayor incremento se produce en el presupuesto del año 2016, del componente 4, con un aumento del 102% , y el componente 5, con un aumento de 144,53%.

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

Se debe poner atención a que, en tres componentes, que constituyen el 74% del presupuesto devengado del programa al año 2016, se observan importantes aumentos en los costos promedio.

3. Principales Recomendaciones

- Cambios en el diseño del programa en forma integral, es decir mirando todos sus componentes, con miras a lograr un nuevo diseño que resuelva las actuales superposiciones que ocurren y permitan una mejor focalización. Esta focalización no sólo en cuanto a la población objetivo sino también focalizar la canasta de prestaciones a las áreas que más demanda insatisfecha tienen.
- El nuevo diseño debe orientar que los recursos destinados efectivamente se traduzcan en un incremento de la actividad y que no se traslade la actividad a realizar en forma regular, a una actividad financiada a través de PRAPS.
- El nuevo diseño debe evitar la multiplicidad de componentes que finalmente tienen un objetivo común, con lo cual se simplifica la tarea administrativa asociada, que es una de las debilidades observadas en el proceso de gestión.
- Concebir en el nuevo diseño, la existencia de canastas diferenciadas de acuerdo a complejidad de la atención a realizar, específicamente en los componentes que operan con el concepto de alta integral (CECOSF y 4tos medios).
- Establecer mecanismos de garantía de calidad en los convenios que se suscriben con las municipalidades y SS, esto en cuanto recurso humano a contratar, insumos a ser utilizados, entre otros.
- Establecer los mecanismos de seguimiento de la actividad que realiza la APS y SS en convenio, utilizando indicadores que permitan objetivar el cumplimiento en sus diferentes aspectos.
- Evaluar mecanismos alternativos al planteado en el 2º componente para permitir el acceso a población rural a la atención dental. En este aspecto cabe considerar por ejemplo la existencia de centros asistenciales que se refuerzan en determinados períodos en los cuales la población es trasladada para su atención, lo cual pudiera estar limitado por la infraestructura. Otra alternativa es situar móviles dentales con

mayor número de sillones en determinadas ciudades o poblados rurales hacia los cuales converge la población a ser atendida.

- Estimar y compartir la oferta de instalación y horas profesionales disponibles entre programas, como, asimismo, saber aquella programación de compras de todos los programas de salud bucal para efectuar compras al por mayor.

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

AGOSTO 2017



Cabinete Ministra
Departamento de Control de Gestión Ministerial
R/CCG/MC/IDF/CMS



3086

ORD N°

ANT. : Ordinario 1374 de agosto de 2017 de Dirección de Presupuestos.

MAT. : Respuesta Institucional a los Informes Finales de Evaluación de los Programas de "Mejoramiento de Acceso a Atención Odontológica"; Sembrando Sonrisas"; y "Más Sonrisas para Chile".

SANTIAGO: 24 AGO 2017

DE: DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

A: SR. SERGIO GRANADOS AGUILAR
DIRECTOR DE PRESUPUESTOS

Junto con saludar, en cumplimiento de lo requerido en el ordinario de referencia, se adjuntan los documentos de respuesta institucional a los Informes Finales de las Evaluaciones de los Programas de "Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica"; "Sembrando Sonrisas"; y "Más Sonrisas para Chile", todos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Sin otro particular, le saluda atentamente



DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

Distribución:

- Dirección de Presupuestos
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Gabinete Sra. Ministra de Salud
- División de Atención Primaria
- Departamento de Modelo. DIVAP
- Departamento de Control de Gestión Ministerial
- Oficina de Partes MINSAL



Respuesta a Informe de
Evaluación del Programa
Mejoramiento de Acceso a la
Atención Odontológica

2017

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Agosto

I. Respuesta Institucional

El trabajo realizado por la comisión evaluadora aborda de manera extensa y acabada los aspectos epidemiológicos, financieros, y administrativos de los cinco componentes. Esta es una oportunidad para trabajar con la Atención Primaria de Salud (APS) municipal y dependiente de los Servicio de Salud en un problema de salud tan sentido y requerido por la población.

El análisis realizado por la comisión evaluadora, es a partir de una redistribución de estrategias distinta a la existente, actualmente este programa sólo cuenta con dos componentes (morbilidad del adulto y cuartos medios) y no con cinco tal como fue analizado. Por otra parte, la actividad habitual realizada en los centros de atención primaria, según el Plan de Salud Familiar ya está priorizada en la atención odontológica preventiva, promocional y curativa de la población menor de 20 años, el GES de urgencia odontológica y el GES de embarazada; siendo los programas de reforzamiento los que contribuyen a dar atención odontológica preventiva y curativa a otros grupos etarios (adultos de 20 y más años) y a poblaciones que por estar ubicadas en zonas rurales o establecimientos educacionales la mayor parte del día son tratadas en extensiones horarias de los centros de atención primaria o en dispositivos móviles (carros de arrastre)/o dispositivos portátiles.

Por otra parte, hay otros componentes (Hombres de escasos recursos, GES de urgencia odontológica, GES de 6 años, GES de salud oral de la embarazada y GES de 60 años) que no se incluyen en esta evaluación y tal como la comisión lo señala, este elemento ha de ser considerado al momento de ponderar las conclusiones a que pueda llegar la presente evaluación.

Apreciamos la comprensión de los componentes de este programa, los que están enfocados en resolver un problema de salud pública que genera una alta demanda insatisfecha, dada la insuficiencia del sistema público de cubrir las necesidades de la población. Las dificultades en el acceso están dadas por una oferta insuficiente y por limitaciones al acceso tanto en términos financieros como geográficos, dado que esta problemática tiene importantes gradientes de inequidad en desmedro de la población de escasos recursos y que vive en condiciones de ruralidad.

Es importante aclarar que, la cantidad de sillones dentales y la provisión de horas odontólogo son aproximadamente de 1 odontólogo de 44 horas semanales por 6.364 beneficiarios. A diferencia de lo expresado en este informe: 1 sillón dental por cada 5.000 beneficiarios con odontólogo 8 horas por 240 días como estándar versus la existencia de ese recurso por cada 40.000 beneficiarios.

Primer componente: “Resolución de Especialidades Odontológicas en APS”

La evaluación del componente “Especialidades en APS”, está en lo correcto al decir que si bien aborda al mismo grupo etario del “Más Sonrisas para Chile”, que está orientado a mujeres, donde se incluye las dos prestaciones de especialidad que tiene el programa, aun cuando en este último caso, la canasta está diseñada para un alta integral y por tanto, incluye la resolución completa del problema de salud bucal, lo que no está garantizado en el primero de éstos.

Respecto a las listas de Espera para atención odontológica en el nivel secundario, reconocemos la necesidad de orientar en su eliminación del Registro Nacional de Listas de Espera (RNLE) una vez tratado por este componente en APS.

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

Tal como señala la comisión, el propósito es facilitar el acceso a la atención odontológica a poblaciones alejadas de los centros de salud y de alta vulnerabilidad, a través, del uso de clínicas dentales móviles. La estrategia de utilizar este tipo de dispositivos está vigente desde el año 2007 y no tiene restricciones en cuanto a edad del paciente o género. Las actividades que se llevan a cabo en estos dispositivos son recuperativas, principalmente obturaciones y destartraje. Los lugares donde se destinan dependen del territorio de cada Servicio de Salud (SS) y por tanto son definidos por los 22 SS que disponen de móviles.

Respecto a población objetivo, se deja al arbitrio y gestión de cada servicio de salud de acuerdo a su programación local. No hace diferenciación en términos de edad, pero si en relación a las actividades que se realizan, ya que son eminentemente recuperativas y en ningún caso se desarrollan aquí especialidades como endodoncias y prótesis, por lo cual, no se superpone al componente anterior. Sí se aprecia el hecho de estar dirigido a población urbana y rural que tiene difícil acceso a la atención dental.

Se acoge la necesidad de evaluación exhaustiva, dado lo observado respecto a la producción global que se redujo en un 12% anual antes del 2014 y en el período 2015 – 2016 se presenta además un aumento de horas sillón disponible, lo que hace que el rendimiento de los sillones caiga en un 16%.

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

Lo descrito en el informe, respecto a que este componente con los recursos de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS), corresponde a recursos que contribuyen a aumentar la cobertura de actividades de prevención de daño, cada vez que se instala un dispositivo nuevo, se les asigna recursos para odontólogo para promoción y prevención por 22 horas y Técnicos de Enfermería de Nivel Superior (TENS) por 44 horas, está ubicados en zonas donde la comunidad presenta alta vulnerabilidad; en cambio las altas odontológicas integrales realizadas en los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) a población menor de 20 años, se financia con otros recursos de los municipios provenientes entre otros de recursos per cápita, de acuerdo a, la disponibilidad de cada comuna.

Cuarto componente: “Atención de morbilidad odontológica en extensión horaria”

Según lo expresado en el informe, para las actividades realizadas en “Extensión horaria” hay una superposición con el Plan de Salud Familiar en APS, en cuanto a la cartera de servicios, sin embargo, esta modalidad permite el acceso a una población que ve dificultado su acceso en horarios habituales de atención, lo cual justifica su existencia. Por otra parte, se reconoce el daño acumulado en este grupo, si se considera que la patología odontológica en mayores de 20 años tiene una prevalencia de 98%, se llega a una población potencial de 8.838.768 personas.

Estamos de acuerdo que, esta es una cifra referencial ya que el componente define número de actividades y no de beneficiarios, debido a que actualmente no es posible asociar las prestaciones al RUT del beneficiario.

De acuerdo a lo señalado en el programa y también indicado por la comisión de la Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG), el componente considera como meta la realización de 1.920 consultas por cada extensión horaria, considerando un rendimiento de dos consultas por hora. Cuando la comisión indica que el cumplimiento es en torno al 63%, equivalente a 1,3 consultas por hora, lo hace basándose en el número de consultas y no de actividades (o prestaciones) que es lo que realmente queremos medir. El año 2015, se

esperaba 685.440 actividades para las 357 extensiones horarias y se alcanzó una cifra de 733.744 actividades, con un promedio de 1,7 actividades por consulta. Los datos 2016, demuestran cifras similares para 478 extensiones se esperaba realizar al menor 917.760 actividades y el rendimiento fue de 952.689 (fuente DEIS 2016, datos preliminares agosto 2017). Es por esta razón que estamos dispuestos a aclarar estas definiciones tanto en el programa como en las orientaciones técnicas.

Quinto componente: "Atención odontológica integral de los alumnos de 4° año medio"

Coincidimos plenamente con la comisión, respecto a su apreciación de la matrícula y lo cambiante que son las cifras durante el año y de un año a otro, los estudiantes de 4° medio en marzo 2016 iniciaron el año con 226.000 y en Agosto 2016 la cifra había bajado alrededor de 190.000, consideramos que esta atención no se superpone con lo realizado por el componente de "Atención en CECOSF" y a la actividad regular de la APS, ya que el primer componente realiza (CECOSF con sillón) acciones de similares a los Centros de Salud Familiar (CESFAM), vale decir centrado en el GES de 6 años, 12 años y embarazada, y por otra parte la cobertura de altas en APS en el grupo de 15 a 19 años el año 2016 fue de 107.003 para ese rango de edad, lo que representa sólo un 9% del total de las altas realizadas en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

Respecto al cumplimiento de esta estrategia, coincidimos en que hubo una caída en el indicador de cumplimiento a 82%. Coincidimos con lo expresado por la comisión, respecto a que los alumnos no asistían a las citas programadas, por lo que decidió extender el programa a alumnos de 3° medio para aumentar la base de beneficiarios y así cumplir con el número de atenciones comprometidas, no obstante aquello, existieron otras externalidades tales como: el paro docente, las tomas producto del movimiento estudiantil y el retraso en la llegada de los recursos que inciden directamente en el cumplimiento de las metas.

II. Complemento de Respuesta Institucional a Recomendaciones del Informe Ejecutivo Final.

Como complemento, se presenta en la siguiente tabla la respuesta y postura institucional frente a las principales recomendaciones dadas en el punto 3 del Informe Ejecutivo Final:

Recomendación dada Informe Ejecutivo Final	Respuesta Institucional
Cambios en el diseño del programa en forma integral, es decir, mirando todos sus componentes, con miras a lograr un nuevo diseño que resuelva las actuales superposiciones que ocurren y permitan una mejor focalización. Esta focalización no sólo en cuanto a la población objetivo sino también focalizar la canasta de prestaciones a las áreas que más demanda insatisfecha tienen.	Se plantea rediseñar el programa con el fin de mejorar la focalización de la población y responder a sus principales demandas.
El nuevo diseño debe orientar que los recursos destinados efectivamente se traduzcan en un incremento de la actividad y que no se traslade la actividad a realizar en forma regular, a una actividad financiada a través de PRAPS.	Se reforzará en resolución de programa y orientaciones técnicas el trabajo a realizar en CECOSF en relación a prestaciones dentales.
El nuevo diseño debe evitar la multiplicidad de componentes que finalmente tienen un objetivo común, con lo cual se simplifica la tarea administrativa asociada, que es una de las debilidades observadas en el proceso de gestión.	Se incorporará esta recomendación, respecto al componente 2 clínicas dentales móviles y el componente 3 prevención promoción y recuperación en CECOSF, no consideramos pertinente rediseñar las actividades para los componentes 1, 4 y 5.
Concebir en el nuevo diseño, la existencia de canastas diferenciadas de acuerdo a complejidad de la atención a realizar, específicamente en los componentes que operan con el concepto de alta integral (CECOSF y 4° medios).	Puesto que no existen recursos administrativos que permitan la implementación, distribución y monitoreo de canastas diferenciadas, se considerará en el rediseño una opción de reestructuración, de acuerdo a, la complejidad para los componentes de CECOSF y 4° medios.
Establecer mecanismos de garantía de calidad en los convenios que se suscriben con las municipalidades y SS, esto en cuanto recurso humano a contratar, insumos a ser utilizados, entre otros.	En orientaciones técnico administrativas del programa se orientarán mecanismos de calidad en convenios.
Establecer los mecanismos de seguimiento de la actividad que realiza la APS y SS en convenio, utilizando indicadores que permitan objetivar el cumplimiento en sus diferentes aspectos.	En orientaciones técnico Administrativas del programa se orientarán mecanismos de seguimiento de actividades en convenios.
Evaluar mecanismos alternativos al planteado en el segundo componente para permitir el acceso a población rural a la atención dental. En este aspecto cabe considerar por ejemplo la existencia de centros asistenciales que se refuerzan en determinados	Será reestructurado este componente a cabalidad, tanto en resolución del programa, como en sus orientaciones técnicas.

<p>períodos en los cuales la población es trasladada para su atención, lo cual pudiera estar limitado por la infraestructura. Otra alternativa es, situar móviles dentales con mayor número de sillones en determinadas ciudades o poblados rurales hacia los cuales converge la población a ser atendida.</p>	
<p>Estimar y compartir la oferta de instalación y horas profesionales disponibles entre programas, como, asimismo, saber aquella programación de compras de todos los programas de salud bucal para efectuar compras al por mayor.</p>	<p>Se intencionará un levantamiento de la oferta disponible por establecimiento de salud y otros dispositivos existentes en la red. Respecto a la recomendación de realizar compras centralizadas, esto ya se realiza para el componente 4, en carros dentales, equipos portátiles y digitalizadores de imagen. Se evaluará la compra de insumos para los otros componentes.</p>