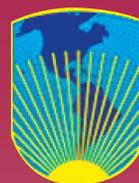




GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS



*Banco Interamericano  
de Desarrollo*

# Estudio de Caso

## Evaluación del Programa de Salud Bucal

Septiembre 2005

El estudio de caso “Evaluación del Programa de Salud Bucal”, es una de las acciones del Programa de Fortalecimiento de la Capacidad de Formulación y Gestión de Presupuestos por Resultados<sup>1</sup>, desarrollado en el marco del convenio de Cooperación Técnica Regional entre la República de Chile, a través de la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Dicho Programa beneficia a los gobiernos nacionales de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Su objetivo es desarrollar en los países participantes, la capacidad institucional para generar y utilizar en el proceso presupuestario información relativa a los resultados de las acciones gubernamentales, a través del conocimiento, análisis y difusión de la experiencia de Chile en la implementación de su sistema de control de gestión bajo conceptos de presupuesto por resultados.

La elaboración de este estudio de caso fue dirigida por la DIPRES y contó con la valiosa participación de la consultora Sra. María Luisa Daigre. Para su desarrollo se revisó información de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), en especial documentos internos del Programa de Salud Bucal, y documentos de la DIPRES. Adicionalmente se sostuvo entrevistas con profesionales de ambas instituciones.

---

<sup>1</sup> Las opiniones y visiones contenidas en este documento son de responsabilidad de sus autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Diagramación e Impresión:  
Maval

# Índice

<b>Introducción</b> .....	4
<b>1. El Programa</b> .....	4
1.1. Componente 1. Atención odontológica integral a estudiantes en módulos dentales de salud bucal .....	5
1.2. Componente 2. Comunidad educativa participa de actividades de promoción de escuelas saludables con condicionante de salud bucal .....	6
1.3. Componente 3. Estudiantes beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar (PAE) de establecimientos educacionales municipales y particulares subvencionados de comunas rurales que no cuentan con agua potable fluorurada, reciben leche fluorurada.....	7
<b>2. Evaluaciones</b> .....	7
2.1. Primera evaluación del Programa, año 1998.....	7
2.2. Segunda evaluación del Programa, año 2004.....	8
<b>3. Efectos de la Evaluación</b> .....	12
3.1. Efectos presupuestarios de la evaluación.....	13
3.2. Compromisos institucionales .....	15
3.3. Otros efectos de la evaluación .....	23



# Estudio de Caso

## Evaluación del Programa de Salud Bucal

### **Introducción**

Este estudio registra los resultados de una investigación destinada a documentar el uso de los resultados de la evaluación efectuada en el año 2004 por el Programa de Evaluación de la Dirección de Presupuestos al “Programa de Salud Bucal”, de responsabilidad de Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, dependiente del Ministerio de Educación. Se describe el programa, los principales resultados de las evaluaciones efectuadas a éste y sus recomendaciones, y el modo en que los resultados de las evaluaciones y las recomendaciones se integra al análisis y toma de decisiones en la Dirección de Presupuesto (DIPRES) y en el análisis y gestión de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB).

El documento se estructura en tres secciones. La primera, describe el programa y sus componentes. La segunda, se refiere a los principales resultados de las evaluaciones al programa. La tercera sección incluye la dinámica post-evaluación, en el que participan JUNAEB y DIPRES, considerando los efectos presupuestarios, los compromisos institucionales que permiten mejorar los aspectos deficitarios del programa encontrados en la evaluación especialmente en relación a su diseño y gestión, así como otros efectos institucionales derivados de estos compromisos.



# 1 El Programa

El Programa de Salud Bucal está concebido como el manejo integral (educativo-preventivo-curativo) del problema de salud bucal de escolares. Es de responsabilidad de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), organismo dependiente del Ministerio de Educación (MINEDUC). Comenzó su ejecución en 1991, se enmarca dentro del Programa de Salud del Estudiante que responde a políticas institucionales de la JUNAEB y su acción es concordante con las directivas técnicas emanadas del Programa Nacional de Atención Odontológica del Ministerio de Salud (MINSAL).

La evaluación del programa valida su **justificación** en el carácter endémico de la morbilidad bucal de la población escolar, que se expresa en la alta prevalencia<sup>2</sup> de las caries dentarias y gingivitis. Antecedentes presentados muestran niveles promedio de 15,3% y 15,7%<sup>3</sup> de niños libres de caries a las edades de 6 a 8 años y 12 años, respectivamente. En cuanto a la gingivitis, la otra enfermedad bucal de alta prevalencia en niños y que está asociada a la higiene bucal, los antecedentes muestran una prevalencia del 97%<sup>4</sup> en niños de 6 a 18 años. Otro aspecto que justifica el programa es ofrecer un fácil acceso de los escolares a la atención dental, tanto en los ámbitos de promoción y prevención, como curativos.

El **Fin** del programa está definido como “Contribuir a la igualdad de oportunidades previniendo y resolviendo problemas de salud, de modo de mejorar el rendimiento e inserción escolar en estudiantes en desventaja social, económica, psicológica y biológica de establecimientos educacionales de enseñanza básica municipales y particulares subvencionados del país.” Su **Propósito** se expresa como: “Estudiantes de enseñanza básica de escuelas subvencionadas mejoran su salud bucal mediante acciones clínicas y educativo-preventivas”.

El Programa es de cobertura nacional y su diseño consta de tres componentes que se señalan a continuación.

## 1.1. Componente 1. Atención odontológica integral a estudiantes en módulos dentales de salud bucal

Comprende acciones educativas, preventivas y curativas mediante la entrega de dos productos: i) Altas Integrales<sup>5</sup> a los escolares de primer año básico, y ii) Controles de Mantención<sup>6</sup> a escolares de 3º, 5º y 7º año básico. Las atenciones son proporcionadas en módulos dentales a los que asisten cursos completos de escolares durante una semana y donde además se les entrega contenidos educativos y de higiene bucal. Ambos tipos de atenciones son ejecutadas por unidades ejecutoras radicadas en los municipios, mediante un convenio suscrito con JUNAEB, donde esta última se compromete a un pago por cada atención efectuada<sup>7</sup> por los ejecutores.

2 Prevalencia es el número total de casos de una enfermedad en un momento dado.

3 Fuente: Salud Bucal. Perfil epidemiológico 1999. Ministerio de Salud.

4 Fuente: Salud Bucal. Perfil epidemiológico 1999. Ministerio de Salud.

5 Altas Integrales: Corresponde a la completa recuperación, en forma gratuita para los niños atendidos, del daño bucodental acumulado de la población escolar que ingresa a primer año básico en escuelas municipalizadas y particulares subvencionadas pertenecientes a comunas en convenio con la JUNAEB.

6 Control de Mantención: Consiste en la mantención de la salud bucal de los estudiantes del 3º, 5º y 7º año básico.

7 Además del pago, la JUNAEB entrega artículos dentales (cepillos dentales, pasta dental, tabletas reveladoras de placa bacteriana, flúor gel neutro y cubetas de polietileno para su aplicación) y material educativo (set de juegos, video, macro-modelado de arcada dental, laminario con instructivo, manuales de educación, guía de salud para profesores de enseñanza básica y útiles escolares).

La selección de las comunas beneficiadas se realiza utilizando una metodología de focalización que comprende cuatro criterios:

- IVE<sup>8</sup> del establecimiento mayor de 30.
- Índice de Desarrollo Humano Comunal (IDH)<sup>9</sup>
- Promedio de daño oral de las escuelas de la comuna<sup>10</sup>
- Compromiso de la unidad ejecutora<sup>11</sup>

Cada uno de los criterios posee igual ponderación en el cálculo del puntaje total para ingresar al Programa. Sin embargo, dado que el criterio Compromiso de los ejecutores incluye 5 variables que en total suman 13 puntos, pasa a ser la variable determinante en la selección de las comunas que participarán en el programa, como se muestra a continuación en la Tabla N° 1.

**Tabla N° 1**  
**Escalas de puntajes de los criterios de focalización**

IVE	Bajo < 30 %	Medio 31-50%	Alto > 50%
	1	2	3
Indice de Desarrollo Comunal	Bueno 0,7	Regular 0,6-0,69	Malo 0,59
	1	2	3
Promedio daño bucal	Bajo < 30%	Medio 31 - 50%	Alto > 51%
	1	2	3
Compromiso de ejecutores	Cumple requisito	No cumple requisito	
Infraestructura	3	0	
Recursos humanos	3	0	
Movilización de escolares	3	0	
Insumos clínicos	3	0	
Carta compromiso	1	0	
Total	13	0	

8 IVE: Índice de vulnerabilidad escolar cuyo valor va desde 0 a 100%, donde 100% significa mayor vulnerabilidad. Las principales variables que se consideran en este Índice son: a) porcentaje de madres con escolaridad menor a 8 años; b) porcentaje de jefes de hogar con escolaridad menor a 8 años; c) rango de ocupación del jefe de hogar; d) porcentaje de niños que reciben subsidio familiar; e) porcentaje de niños en riesgo por sistema de eliminación de excretas, y f) porcentaje de niños A y B de clasificación de FONASA, que corresponde a personas indigentes y de bajos ingresos.

9 Índice de Desarrollo Humano Comunal del PNUD. Consiste en el cálculo de un indicador para las diferentes comunas del país. Se obtiene de la ponderación de las siguientes variables: a) salud: años de vida potenciales perdidos; b) educación: alfabetismo, años de escolaridad promedio y matrícula combinada según cobertura de los niveles preescolar, básica, media y superior; y c) ingresos: promedio per cápita de los ingresos autónomos del hogar, desigualdad en la distribución del ingreso e incidencia de la pobreza de ingresos.

10 Tiene una escala de puntaje de 0 a 100%, donde se clasifica como bajo daño de 0% a 30%; daño medio de 31% a 50% y daño alto superior a 51%.

11 Compromiso de los ejecutores. Se refiere a la disponibilidad que la unidad ejecutora dispone para el funcionamiento del módulo dental, en términos de infraestructura, recursos humanos, movilización para el traslado de los escolares desde sus escuelas a los módulos e insumos clínicos, además de una carta compromiso donde el ejecutor respalda su compromiso con JUNAEB a cumplir con los requerimientos que aseguren la adecuada y oportuna aplicación del Modelo de Atención.

La JUNAEB provee a los ejecutores el diseño del Modelo de Atención y establece las normativas técnicas. También proporciona elementos de apoyo tales como artículos dentales y materiales educativos para hacer efectivas las áreas educativas y preventivas del Modelo de Atención. La contraparte municipal provee la infraestructura, insumos y recursos humanos necesarios. El Modelo de Atención se basa en el concepto de “riesgo colectivo”, es decir, se programa la atención de cursos completos sin considerar las diferencias individuales en el daño bucal de los alumnos.

La **población objetivo** del Programa son los escolares de primero a séptimo año básico de escuelas subvencionadas<sup>12</sup>, que en el año 2003 alcanzó a 1.244.000 alumnos. La **población beneficiaria** alcanzó a 98.123 niños en 2003.

## **1.2. Componente 2. Comunidad educativa<sup>13</sup> participa de actividades de promoción de escuelas saludables con condicionante de salud bucal**

Consiste en la ejecución de actividades de promoción de salud bucal en escuelas municipales y particulares subvencionadas, en el contexto de Planes de Escuelas Saludables. Estos Planes responden a una política de estado de promoción de la salud de carácter multisectorial, en cuya ejecución concurren diversos ministerios y organismos públicos y privados. Los planes tienen una duración de tres años y entre sus acciones principales se cuentan la capacitación a profesores en conceptos de salud bucal y técnica de cepillado, formación de monitores de promoción de salud (padres y alumnos) y aplicación de procedimientos educativos de salud bucal, entre otros.

Para que las escuelas puedan formar parte de la Red de Proyectos de Escuelas Saludables deben cumplir el requisito de que los Planes contengan a lo menos tres temáticas de promoción de salud de un total de seis que están establecidas, una de las cuales debe ser de Salud Bucal.

La **población objetivo** de este componente está constituida por la comunidad escolar de primero a octavo básico de escuelas municipales y particulares subvencionadas que presentan IVE mayor de 30. Su **población beneficiaria** alcanzó a 93.968 niños en el año 2003.

## **1.3. Componente 3. Estudiantes beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar (PAE) de establecimientos educacionales municipales y particulares subvencionados de comunas rurales que no cuentan con agua potable fluorurada, reciben leche fluorurada**

Está inserto en el Programa de Alimentación Escolar (PAE) de JUNAEB y consiste en la incorporación de flúor a la leche que entrega el PAE en comunas rurales que no cuentan con agua potable fluorurada. Se ha desarrollado en forma piloto en 29 comunas rurales de la IX región, una de las que concentra la mayor cantidad de población rural del país<sup>14</sup>. Además, en los años 2000, 2001 y primer semestre de 2002 se aplicó un programa de flúor gel acidulado en forma tópica, a través de cubetas.

---

12 *Escuela subvencionada: establecimiento educacional que recibe aporte financiero del estado en forma de subvención por cada alumno que asiste al establecimiento, el cual puede ser administrado por el municipio o por un privado.*

13 *Se entiende por Comunidad Educativa aquella constituida por alumnos, padres y apoderados, profesores, administrativos y otros vinculados a un establecimiento educacional.*

14 *La organización político-administrativa de Chile divide al país en trece regiones geográficas: I a XII más la Región Metropolitana.*

Su población objetivo son los alumnos de primero a octavo básico de escuelas rurales municipales y particulares subvencionadas ubicadas en comunas rurales que no cuentan con agua potable fluorurada. La población beneficiaria de este componente fue de 33.644 alumnos en el año 2003.

El Programa de Salud Bucal cuenta con financiamiento mixto, donde el 77% proviene de Aporte Fiscal<sup>15</sup> y el 23% restante es aporte de las propias unidades ejecutoras. El Presupuesto para el año 2004 es de \$1.487 millones<sup>16</sup>, cifra que representa el 1,4% del presupuesto asignado a la JUNAEB.

---

<sup>15</sup> *Aporte Fiscal. Son recursos fiscales asignados por el Ministerio de Hacienda al Programa, a través del presupuesto de la JUNAEB.*

<sup>16</sup> *Valor del dólar observado año 2004 \$609,53. Fuente: Banco Central de Chile. (Presupuesto JUNAEB en dólares: US\$ 2.439.584,6).*

# 2 Evaluaciones

## 2.1. Primera evaluación del Programa, año 1998

En el diseño actual del Programa que se ha descrito, influyó la evaluación realizada en el año 1998 por el Programa de Evaluación de la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda.

Entre los efectos más relevantes de dicha evaluación destaca la incorporación, a partir del año 2002, de la utilización de factores de riesgo (IVE) y daño oral de las escuelas como criterios de focalización del programa. Además, con el objeto de ampliar la cobertura hacia otros sectores pobres de la población escolar, el programa se extendió a las escuelas particulares subvencionadas y no sólo a las escuelas municipales, como había sido hasta entonces. Otro efecto de la evaluación fue el mayor énfasis que se otorgó a la realización de acciones de prevención y promoción mediante proyectos de promoción que incluyeron la entrega de cepillos y pastas dentales, además de otros materiales, a toda la comunidad educativa. También resalta el fortalecimiento de la gestión del programa mediante la incorporación, a nivel nacional y regional, de profesionales de otras disciplinas diferentes a los odontólogos, tales como profesores, enfermeras, psicólogos y kinesiólogos, entre otros, lo que permitió enriquecer la orientación del programa. Igualmente, se definieron y establecieron las funciones de los dentistas contralores regionales<sup>17</sup>, dando inicio de esa manera a una línea de trabajo que incorporó un enfoque intersectorial y el desarrollo de actividades educativas y de capacitación a los equipos técnicos de los módulos dentales y profesores, lo que permitió una estandarización técnica en el funcionamiento del programa.

La evaluación de 1998 concluyó que la continuidad del Programa se justificaba plenamente atendiendo la alta prevalencia de daño bucal de la población escolar beneficiaria del Programa, así como la situación de pobreza de la misma y la conveniencia de intervenir a edades tempranas con acciones curativas, preventivas y de promoción de la salud.

## 2.2. Segunda evaluación del Programa, año 2004

En el año 2004 el Programa fue evaluado por segunda vez, en el marco del Programa de Evaluación de la DIPRES<sup>18</sup>. Los principales resultados de esta evaluación se presentan a continuación, por áreas temáticas.

---

<sup>17</sup> Las funciones de los odontólogos contralores regionales son: i) planificar, coordinar y evaluar la ejecución del Programa de Salud Bucal en la región; ii) coordinar y supervisar el perfecto funcionamiento del módulo dental en relación al equipamiento, mobiliario, e instrumental básico, área educativa y área preventiva; iii) realizar periódicamente y conforme a los criterios establecidos por el nivel central del PSO, seguimiento y contralorías integrales directas e indirectas de las actividades de los módulos, en cada una de las áreas; iv) capacitar a profesores de su territorio, en temas relacionados con la promoción de salud oral y formulación de proyectos; v) efectuar la selección, seguimiento y evaluación de proyectos de promoción, enmarcados en la estrategia de escuelas saludables; vi) gestionar convenios con Municipalidades para la ejecución del PSO; vii) elaborar un informe anual de gestión del PSO en su territorio, conforme al instrumento establecido por el nivel central; viii) visar las atenciones mensuales efectuadas en el programa de módulos dentales; ix) difundir el programa; x) desarrollar estrategias y apoyar en la realización de actividades que permitan involucrar a los Padres y/ Apoderados en la promoción y difusión de actitudes positivas y de autocuidado en salud oral, Padres y/o Apoderados tanto de niños asistentes a módulos dentales como de niños participantes en proyectos de escuela saludable.

<sup>18</sup> Esta evaluación se efectuó en el marco del Protocolo de Acuerdo firmado entre el Congreso Nacional y el Ministerio de Hacienda, con motivo de la aprobación de la Ley de Presupuesto 2004. En cumplimiento de este Protocolo y en forma previa al envío del Proyecto de Presupuesto para 2005, DIPRES envió en el mes de junio de 2004 el Informe Final de la evaluación al Congreso Nacional, acompañado de un informe ejecutivo preparado por DIPRES y de los comentarios finales de JUNAEB al informe final. Estos dos últimos documentos también forman parte de los reportes anexos al Proyecto de Ley de Presupuestos, información que es presentada por DIPRES a la Comisión de Presupuestos del Congreso.

## **Diseño del Programa**

En el ámbito del diseño se concluyó que el problema que da origen al Programa está bien identificado y el diagnóstico de la situación inicial es adecuado y responde a evidencias de salud pública. Su población objetivo está bien definida y su diseño es adecuado. Respecto de este último, el análisis del marco lógico del Programa identificó relaciones de causa-efecto correctas entre los componentes y el propósito. Los indicadores definidos son también adecuados. Las variables de selección utilizadas en la focalización del Programa se evaluaron en forma positiva, no así la decisión de otorgar igual puntaje a cada una de ellas. Ello se fundamentó en que la variable “compromiso de los ejecutores” alcanzó la más alta representación (59%) dentro del puntaje total de la escala de selección de comunas, lo que actuó en dirección contraria al resto de las variables, puesto que las comunas que pueden asegurar un mayor compromiso son las que tienen más recursos y por tanto, menos necesidades relativas.

## **Organización y Gestión del Programa**

El resultado de la evaluación señaló que la estructura organizacional era la adecuada, así como también los mecanismos de coordinación y de asignación de responsabilidades, los que han funcionado correctamente, manteniéndose así un proceso de producción bien estructurado con actividades claramente definidas y flujogramas funcionales que recogen las tareas críticas para la producción de los tres componentes.

El modelo de atención de JUNAEB es consistente con las políticas sanitarias del MINSAL en términos de la priorización de la población objetivo, institución que lo ha validado y recomendado como estrategia para abordar eficientemente la problemática de la salud bucal para menores de 20 años. No obstante, se apreció una diferencia en el modelo de atención en lo que se refiere al enfoque de riesgo utilizado, puesto que el MINSAL considera el riesgo individual<sup>19</sup>, en tanto que JUNAEB trabaja con el concepto de riesgo colectivo<sup>20</sup>. Esto no fue obstáculo para la validación del Programa por parte del Ministerio, puesto que las diferencias radicaban en estrategias operacionales de ambas instituciones más que en diferencias técnicas. Sin embargo, a pesar de la validación del MINSAL, no se apreció la existencia de un trabajo conjunto entre ambas instituciones tendiente a diseñar una estrategia que permita complementar esfuerzos para cubrir todo el territorio nacional, en especial en el componente Atención Odontológica Integral, lo que permitiría beneficiar zonas geográficas con mayores niveles de vulnerabilidad.

El seguimiento y evaluación del Programa se evaluó como adecuado, no obstante carecer de un sistema informático de base de datos (se utilizan registros manuales), por lo que la pertinencia, calidad y oportunidad de la información generada podría no ser la óptima.

## **Eficacia y Calidad del Programa**

Esta dimensión de la evaluación se analizó por separado para cada componente.

En relación a la eficacia y calidad del componente Atención Odontológica Integral, el Índice COP-D<sup>21</sup> mostró que las caries entre el ingreso y el alta de los escolares atendidos en el módulo dental en primer año básico disminuyeron en 98% en el año 2003. La cobertura alcanzada por este componente en ese año fue del 8% de la población objetivo. Un análisis más específico para la cohorte de 6 años de edad mostró que el sector público en su conjunto, es decir JUNAEB y MINSAL, atendía al 69% de los niños de esa edad, de los cuales el 49% era atendido en los módulos dentales del Programa de JUNAEB, lo que se evaluó positivamente. En el período 2000-2003 las actividades de Altas Integrales

---

<sup>19</sup> Riesgo individual: un niño acude a la atención cuando lo necesita.

<sup>20</sup> Riesgo colectivo: asisten cursos completo de escolares, aún cuando no todos necesiten la atención por igual.

<sup>21</sup> Es un indicador del historial de caries de un individuo o de un grupo de individuos en dentadura definitiva donde se usa como unidad el diente (D). Este indicador consta de tres componentes: C = caries; O = obturados; y P = perdidos. Es decir, su valor determina el número de dientes cariados, obturados y perdidos, pero también es posible tener los valores de cada uno de los componentes.

y de Mantenimiento experimentaron un crecimiento del 28%, no obstante que en el año 2003 se observó una disminución de casi 15% con respecto del año anterior. Ello se explica por la política institucional de reorientar su actividad para privilegiar la producción de Altas Integrales frente a los Controles de Mantenimiento, lo que se tradujo en que las primeras crecen en 117% y las segundas disminuyen en 6%, situación que se evaluó positivamente.

La distribución regional de las atenciones era inadecuada, por cuanto presentaba una alta concentración en regiones del país que tenían menores índices de daño bucal, en desmedro de otras que presentaban mayores prevalencias de daño bucal. Con respecto del número de comunas con convenio con JUNAEB para la Atención Integral Odontológica, éstas habían aumentado casi tres veces en el período, desde 34 en el año 2000 a 91 en el año 2003. A pesar de ello, existían regiones del país donde este componente no estaba presente, aún cuando para tratar de subsanar esta deficiencia, en el año 2003 la JUNAEB extendió el llamado a participar en las licitaciones a todas las regiones, sin encontrar acogida en las citadas regiones.

En el año 2003, el 90% de las escuelas adscritas al programa de módulos dentales cumplían con el principal criterio de focalización, el que las escuelas tuvieran un IVE mayor de 30. No obstante, se evaluó poco exigente el rango de IVE mayor de 30, dado que el IVE promedio del total de escuelas del país era 58 y el IVE promedio de las escuelas que participaban del programa era 55<sup>22</sup>.

En cuanto a la Eficacia y Calidad del componente Promoción de la Salud Bucal, su cobertura disminuyó en el período de evaluación desde un 12% en el año 2000 hasta 5% en 2003. Esta disminución se explica por la incorporación de JUNAEB a los Planes de Escuelas Saludables, lo que implicó una baja en el número de establecimientos que participaban en el programa, debido a que algunos debieron abandonarlo por no reunir el requisito de contar con las otras dos áreas temáticas de promoción de salud, además de Salud Bucal. La evaluación no dispuso de una medición específica para establecer la relación directa entre la producción de este componente y el cumplimiento del propósito, así como tampoco de una medición del logro del fin.

En relación a la Eficacia y Calidad del componente PAE Fluorurado, las cifras de JUNAEB revelaron una disminución de caries en niños sometidos a esta estrategia durante los últimos cuatro años. Es así como el porcentaje de caries en niños de 9 años disminuyó de 79% en el año 2000 a 61% en el año 2003, y en niños de 12 años de edad esta variación fue de 89% a 77%. La cobertura más alta de este componente se registró en el año 2002 con un 13% de la población objetivo atendida.

### **Eficiencia y Economía del Programa**

Los gastos de administración del programa aumentaron en el período 2000 a 2003 desde un 7% a un 8%, relación que está dentro de los estándares esperados para una organización de servicio público.

Los valores de la subvención en el año 2003 fue de \$16.664 por cada Alta Integral y de \$5.274 por cada Control de Mantenimiento. Esta estrategia de montos diferenciados para las Altas Integrales y los Controles de Mantenimiento se consideró consistente con la política de incentivar las actividades preventivas y educativas por sobre las curativas, en el entendido que este componente incorpora, además de las curativas, actividades preventivas de promoción y educación. El efecto esperado de estas últimas, unidas a las del componente Promoción de la Salud Bucal, debería ser un menor nivel del daño bucal en los escolares que asisten a controles de mantenimiento, lo que implica menor gasto para la entidad ejecutora.

---

<sup>22</sup> Esto se explica por la decisión tomada en el año 2002 de no desadscibir a las escuelas que a esa fecha formaban parte del programa, aún cuando su IVE fuera inferior a 30. La aplicación de este criterio de focalización comenzó a operar en el año 2002.

Para el año 2003, un alta integral definida por el MINSAL (Departamento Odontológico)<sup>23</sup> para un niño de 6 años, valía \$41.335,6. Para JUNAEB, el alta integral tenía un costo de \$18.235 que es equivalente al valor de la subvención entregada a los municipios. Si a lo anterior se agrega el aporte municipal (23%) se tiene un valor de \$22.429, lo que resultó ser un 46% más bajo que el costo del MINSAL.

Con respecto del componente Promoción de Salud Bucal, el costo unitario mostró una variación desde \$230 en el año 2000 a \$90 por persona en el año 2003, lo que representaba una disminución de 61%. Esta baja estuvo acompañada por una disminución en la producción del 54%. Dado que no se encontró una explicación para la baja en el costo unitario, la evaluación planteó dos hipótesis, la primera es que podría haber disminuido la calidad del producto, mientras la segunda dice que, aún con menos recursos financieros, es posible realizar las acciones educativas del componente. Sin embargo, no fue posible formular una respuesta concreta con la información disponible en la evaluación.

En cuanto al componente PAE fluorurado, los costos unitarios por niño atendido disminuyeron en forma importante, de \$430 el año 2000 a \$120 el año 2003. Influyó en este resultado el hecho de que hasta el año 2002 este componente tuvo dos líneas de productos (gel acidulado y PAE fluorurado). El producto leche fluorurada con respecto del gel acidulado, es de menor costo en un promedio de \$310 por niño atendido.

### **Justificación de la continuidad**

La evaluación señaló que la continuidad del programa se justifica puesto que la necesidad que se trata de resolver sigue existiendo, año a año se incorporan nuevas cohortes de población infantil al sistema educacional con alta prevalencia de daño bucal. Al mismo tiempo, el Programa ofrece una alternativa de proporcionar a esta población acciones de promoción, prevención y curativas, como una estrategia eficaz y eficiente de romper el círculo vicioso de formación de caries a edades tempranas.

### **Recomendaciones de la evaluación**

La evaluación finalizó con la formulación de recomendaciones en las diversas áreas evaluadas, a partir de las cuales se acordaron un conjunto de compromisos institucionales entre JUNAEB, MINEDUC y DIPRES que serán descritos más adelante, en el punto 3.2. Compromisos institucionales.

---

<sup>23</sup> Esta definición se incorporó al Plan AUGE Salud Bucal (AUGE: Acceso Universal con Garantías Explícitas. Se refiere al Régimen General de Garantías en Salud mediante el cual el Ministerio de Salud define un conjunto priorizado de problemas de salud para los cuales se consagran, como derechos de los beneficiarios, las garantías explícitas relativas al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a estos problemas de salud).

# 3 Efectos de la Evaluación

A continuación se describirá el ciclo que se inicia una vez terminado el proceso de evaluación y posteriormente se abordarán con más detalle los efectos de la evaluación, los que se han sistematizado en tres ámbitos: i) efectos presupuestarios; ii) compromisos institucionales; y iii) otros efectos indirectos.

En DIPRES, a partir de la recepción del informe final de evaluación en junio de 2004, se dio inicio a la etapa siguiente que corresponde al análisis de los resultados de la misma al interior de la DIPRES. Este proceso se inició en una reunión de trabajo en la que participaron el Director de Presupuestos, profesionales del Sector Presupuestario y profesionales de la División de Control de Gestión, instancia en que fueron analizados los resultados de la evaluación. Producto de ese análisis, se determinó la introducción de modificaciones menores al programa<sup>24</sup>. Asimismo, se tomaron decisiones de asignación de recursos que afectaron al presupuesto de JUNAEB para el año 2005. En consecuencia, el primer efecto de la evaluación fue la integración de los resultados en el análisis y toma de decisiones presupuestarias, que en este caso significó la determinación de un incremento en el presupuesto de JUNAEB para 2005, como se detalla más adelante. Además, en esta misma reunión de trabajo se definieron los lineamientos para trabajar los compromisos institucionales con JUNAEB y MINEDUC, que constituyen el segundo efecto de la evaluación.

JUNAEB por su parte, realizó un proceso interno de análisis y difusión de los resultados de la evaluación, el que tuvo diferentes instancias. La primera de ellas se realizó en el mes de julio de 2004, tan pronto se conoció el informe final de la evaluación y consistió en una sesión especial del directorio<sup>25</sup> de la institución destinada a informar y analizar en profundidad la evaluación, sus diferentes ámbitos y las implicancias de los resultados y, en particular, las recomendaciones.

Una vez determinado el presupuesto de JUNAEB para el año 2005, se inició un trabajo conjunto entre DIPRES, MINEDUC y JUNAEB tendiente a acordar compromisos institucionales, a través de los cuales se establecieron las acciones específicas para abordar las recomendaciones de la evaluación.

En forma previa a este trabajo, en JUNAEB se realizó una segunda sesión de directorio destinada a la evaluación, donde se analizó la propuesta de compromisos institucionales que JUNAEB plantearía a DIPRES, así como también las implicancias que esta propuesta tendría para la institución en términos de mayor carga de trabajo en los años futuros. Ello significó que los compromisos que se suscribieron fueron consensuados al interior de la institución y avalados por el directorio. La participación de MINEDUC (a través de la Subsecretaría de Educación) en el proceso de negociación de los compromisos institucionales estuvo centrada en velar por la factibilidad técnica y operativa de la institución para materializarlos, variable relevante en la determinación de los plazos definidos para el cumplimiento de los mismos. Asimismo, el MINEDUC se encargó de supervisar que los compromisos que finalmente se acordaron, cumplieran con los requisitos de contar con respaldo presupuestario, en caso de que así se requiriera, que fueran factibles de realizar dentro del marco legal y normativo vigente y acordes con las capacidades políticas y organizacionales (competencias, perfiles de personas y recursos) que la JUNAEB dispone.

---

<sup>24</sup> De acuerdo a la clasificación de DIPRES, los efectos de las recomendaciones en el programa pueden ser: i) ajustes menores referentes a sistemas de información, monitoreo, seguimiento, precisión de aspectos de diseño y ajustes a procesos administrativos o de gestión; ii) modificaciones importantes en el diseño de componentes y/o procesos de gestión interna; iii) rediseño sustantivo al programa y/o reubicación institucional; y iv) finalización del programa.

<sup>25</sup> El directorio de JUNAEB está compuesto por el Director General y los ejecutivos de la institución (jefes de departamentos).

Los compromisos institucionales fueron establecidos formalmente antes del 31 de diciembre de 2004 y en forma previa a su cierre, se efectuó una reunión entre los profesionales de la División de Control de Gestión y los analistas del Sector Presupuestario de DIPRES a fin de verificar la concordancia entre los compromisos y los aspectos presupuestarios de la institución.

Por su parte, en JUNAEB se realizó una reunión de trabajo en noviembre de 2004, de dos días de duración, en la que participaron los coordinadores de salud regionales y provinciales. En esa oportunidad se analizó y difundió la evaluación y se abordaron los cambios que serían necesarios para poner en práctica algunas recomendaciones y compromisos establecidos. Un efecto importante de esta reunión fue el cambio en el enfoque del trabajo exigido por el nivel central de JUNAEB a los coordinadores, en cuanto a otorgar igual nivel de importancia al área odontológica que al área médica del programa de Salud del Estudiante. Esto implicó que los coordinadores debieron imbuirse del programa para ser los principales portavoces del mismo en sus regiones, lo que no ocurría previamente. Finalmente, en enero de 2005 se realizó una cuarta actividad de análisis y difusión de la evaluación con los directores regionales de JUNAEB donde se difundió y analizó en profundidad la evaluación, sus recomendaciones y los compromisos institucionales suscritos, así como también se establecieron los lineamientos para el trabajo a futuro de las regiones en torno a los compromisos.

Los compromisos institucionales establecidos constituyen la base del seguimiento semestral del desempeño del programa que realiza DIPRES, etapa que busca recoger información de cómo los compromisos han sido efectivamente incorporados, antecedentes que también son considerados en los análisis que contempla el ciclo presupuestario.

El seguimiento que hace DIPRES del cumplimiento de estos compromisos es reportado en forma semestral por JUNAEB, a través de MINEDUC<sup>26</sup>, mediante la utilización de un formulario web, lo que facilita la interacción entre las tres instituciones. Paralelamente a la información que reportan el MINEDUC y JUNAEB a través del formulario web, se envían a DIPRES los medios de verificación del cumplimiento. En particular, el proceso de seguimiento de los compromisos del programa de Salud Bucal se inició en el año 2005, correspondiendo el primer seguimiento a los compromisos establecidos con fecha de vencimiento 31 de diciembre de 2004, cumplimiento que es evaluado por DIPRES considerando lo reportado en el formulario web y los medios de verificación enviados. Por otra parte, durante el segundo trimestre la DIPRES efectúa una reunión de evaluación de la ejecución presupuestaria del año anterior<sup>27</sup>, reunión interna en que se analizan los resultados de los distintos Ministerios. El grado de cumplimiento de los compromisos en el caso de programas que han sido evaluados es información que se reporta y analiza en ésta instancia.

### **3.1. Efectos presupuestarios de la evaluación**

El Proyecto de Presupuesto de JUNAEB fue enviado por la institución al MINEDUC para su discusión y posterior envío a DIPRES formando parte del presupuesto del sector educación. Para el año 2005 y producto de los resultados de la evaluación analizados en DIPRES, se determinó un aumento en el presupuesto del programa respecto del presupuesto del año 2004, en los términos que se señalan a continuación:

---

<sup>26</sup> JUNAEB envía el reporte a MINEDUC, institución que a su vez lo remite a DIPRES.

<sup>27</sup> Reuniones de Evaluación de la Ejecución Presupuestaria que se realizan para orientar el próximo proceso de formulación de presupuestos.

**Tabla N° 2**  
**Presupuesto Programa Salud Bucal 2004 – 2005**  
**Miles de pesos 2005**

	<b>Presupuesto total (M\$)</b>	<b>Aporte Fiscal (M\$)</b>	<b>Convenio MIDEPLAN Chile Solidario (M\$)</b>
2004	1.401.361	1.244.088	157.273
2005	1.709.791	1.507.949	201.842
Variación %	22,0%	21,2%	28,3%

El presupuesto total del programa tuvo un aumento del 22% determinado por el crecimiento del Aporte Fiscal en 21,2% y del 28,3% de los recursos provenientes del Convenio de JUNAEB con el Ministerio de Planificación y Cooperación Nacional (MIDEPLAN) para financiar el convenio<sup>28</sup> con el Programa Chile Solidario<sup>29</sup>. Este último es concordante con el resultado de la evaluación y el compromiso institucional de incrementar la cobertura del componente Atención Odontológica Integral en comunas con un alto porcentaje de familias Chile-Solidario, materia que será abordada en detalle más adelante.

La Tabla N° 3 que se muestra a continuación contiene la distribución por regiones del Presupuesto del Programa de Salud Oral para los años 2004 y 2005. Allí se señala la incorporación de la III Región al programa, lo que significa que solamente la XII región está excluida de participar.

---

*28 A partir de 2004 JUNAEB mantiene un convenio con MIDEPLAN para que el Programa de Salud Bucal atienda niños pertenecientes a familias que forman parte del programa Chile-Solidario. Cada 4 meses JUNAEB envía a MIDEPLAN un Informe Técnico sobre el número de niños atendidos y las acciones realizadas, y un Informe Presupuestario sobre el monto de recursos ejecutados a la fecha.*

---

*29 Chile Solidario es un sistema de protección social creado por el actual gobierno para apoyar a las familias indigentes (extrema pobreza) de Chile. La responsabilidad de dirigirlo es del Ministerio de Planificación Nacional y Cooperación (MIDEPLAN) que se encarga de coordinar el conjunto de la red social pública y privada existente a nivel nacional, regional y local en función de las necesidades y demandas de las familias que integran a Chile Solidario.*

**Tabla N° 3**  
**Distribución por regiones de Presupuesto**  
**Programa Salud Bucal 2004 -2005**  
**Miles de pesos 2005**

<b>Región</b>	<b>Presupuesto Año 2004</b>	<b>Presupuesto Año 2005</b>	<b>Crecimiento</b>
I	19.831	27.673	30,10%
II	5.085	5.997	17,29%
III	0	8.793	100,00%
IV	41.428	48.526	16,73%
V	150.270	197.775	25,89%
VI	8.588	10.617	21,11%
VII	67.271	80.048	18,03%
VIII	103.907	122.459	17,24%
IX	39.741	41.665	6,97%
X	204.107	236.151	15,70%
XI	3.048	2.922	-1,71%
XII	0	0	0,00%
RM	620.894	699.008	13,37%
D.N*	137.190	96.128	-39,19%
Por distribuir	0	132.030	100,00%
<b>Total</b>	<b>1.401.361</b>	<b>1.709.791</b>	<b>25,10%</b>

\* D.N.= Dirección Nacional

### **3.2. Compromisos institucionales**

A continuación se describen los compromisos suscritos entre MINEDUC, JUNAEB y DIPRES, así como también se enuncia la recomendación formulada en la evaluación que dio origen a cada compromiso. Al mismo tiempo se señalan los plazos establecidos para su cumplimiento y el logro alcanzado a diciembre 2004, en los casos que corresponde. También se hace referencia cuando es pertinente, a la evaluación realizada por DIPRES a ese cumplimiento<sup>30</sup>. Los compromisos se han agrupado de acuerdo a las diferentes áreas temáticas de la evaluación.

<sup>30</sup> De acuerdo a la clasificación establecida por DIPRES, un compromiso puede evaluarse como cumplido, parcialmente cumplido o no cumplido.

### **3.2.1. Compromisos en el área de Diseño del Programa**

Para el mejoramiento del diseño del programa, las recomendaciones de la evaluación se centraron en los aspectos de focalización y de cobertura del componente Atención Odontológica Integral, así como también en la determinación de indicadores de medición del desempeño del componente Promoción de Salud Bucal.

#### *A. Focalización Componente Atención Odontológica Integral*

La evaluación recomendó a JUNAEB revisar los criterios de focalización y selección de las comunas participantes en el componente Atención Odontológica Integral, en especial la pertinencia del criterio “Compromiso de los ejecutores”, así como los ponderadores utilizados en la aplicación de estos criterios y el rango del instrumento de focalización IVE. En particular, la recomendación propuso redefinir la ponderación de las cuatro variables utilizadas en la selección del componente Atención Odontológica Integral, de manera de hacer más relevante el peso de las variables socioeconómicas y de daño bucal que actúan como discriminación positiva, en relación a la variable de selección “Compromiso de los ejecutores”. También se recomendó revisar el rango definido para el criterio de elegibilidad de IVE mayor de 30 para acceder al programa.

En concordancia con esta recomendación se establecieron 4 compromisos. El primero de ellos estableció la necesidad de revisar los criterios de focalización utilizados por el Programa y la ponderación de las variables incluidas en cada criterio para la selección de las comunas participantes en el Componente Atención Odontológica Integral, dando mayor énfasis al criterio socioeconómico. Su cumplimiento fue estipulado para diciembre de 2004. A partir de esta redefinición, el segundo compromiso, también definido para diciembre de 2004, se orientó a la elaboración de las herramientas administrativas que permitieran aplicar las modificaciones a que se refiere el compromiso anterior. El tercer compromiso, establecido para junio 2005, se refirió a implementar en la selección de las comunas participantes en el componente Atención Odontológica Integral, los criterios de focalización revisados, cuantificando los indicadores de focalización respectivos. Finalmente el cuarto compromiso, también relativo a la selección de las comunas participantes en el componente Atención Odontológica Integral, dice relación con finalizar la implementación de los criterios de focalización revisados, cuantificando los indicadores de focalización respectivos. Su cumplimiento se estableció para diciembre de 2005.

A diciembre de 2004, JUNAEB había realizado las siguientes actividades tendientes a mejorar la focalización del programa:

- El criterio de focalización IVE elevó su puntaje desde 30% a 43% el rango bajo y desde 60% a 64% el rango medio, lo que se traduce en mayor exigencia en la aplicación de este criterio en la selección de escuelas.
- El Índice de Desarrollo Humano fue reemplazado por el Índice de Infancia Comunal de UNICEF.
- La puntuación de la variable de selección “Compromiso de los ejecutores” se rebajó de un máximo total de 13 puntos a 12 puntos.
- Con el objeto de beneficiar a comunas de escasos recursos que no cuentan con la infraestructura para realizar acciones educativas en los módulos dentales, se flexibilizó esta exigencia, que es una de las variables que otorga puntaje al criterio “Compromiso de los Ejecutores”, ampliando el plazo para contar con tales instalaciones.
- Se agregó una ponderación para el número de niños pertenecientes al Programa Chile-Solidario de la comuna, otorgando mayor puntaje a las comunas con mayor cantidad de niños en esa condición.

En el seguimiento efectuado por DIPRES calificó este compromiso como parcialmente cumplido, debido a que los cambios efectuados por la institución sólo modificaron el rango del IVE, pero no la ponderación de las variables incluidas en cada criterio para la selección de las comunas participantes, quedando aspectos pendientes.

Con respecto del segundo compromiso relativo a las herramientas administrativas necesarias para implementar los cambios en los criterios de focalización y selección de comunas, JUNAEB elaboró las bases administrativas y técnicas que rigieron la licitación (regional) de Altas Odontológicas realizadas en marzo 2005, en el contexto del convenio para atender niños del Programa Chile-Solidario.

DIPRES evaluó este compromiso como “no cumplido” en atención a que las bases administrativas no consideran cambios en los ponderadores, tal como se señala en el compromiso.

#### *B. Cobertura del componente Atención Odontológica Integral*

Respecto de la necesidad de ampliar la cobertura del componente Atención Odontológica Integral, la evaluación recomendó definir una estrategia de ampliación de la cobertura hacia las regiones con menor participación en el programa, basada en indicadores socioeconómicos y de daño bucal, que permitiera corregir las inequidades en el acceso de los escolares, en función de su ubicación geográfica. Al mismo tiempo, la recomendación aconsejó el diseño y oferta de incentivos, monetarios o no monetarios, para lograr la participación de las comunas priorizadas. Se recomendó además diseñar un sistema de incentivos monetarios para que las comunas más pobres accedan con mayor facilidad al programa.

En respuesta a esta recomendación, se establecieron 4 compromisos orientados a la definición de una estrategia de ampliación de la cobertura regional y comunal, donde el primero de ellos, con vencimiento a diciembre 2004, se refirió a definir una estrategia de incorporación del componente Atención Odontológica Integral en comunas con un alto porcentaje de familias Chile-Solidario.

En cumplimiento de este compromiso y con el objeto de ampliar la cobertura hacia comunas con menor (o ninguna) participación en el programa y con un alto porcentaje de niños pertenecientes al Programa Chile Solidario, JUNAEB extendió la invitación a participar en la licitación, en su calidad de prestadores de atenciones dentales, a Municipios, Servicios de Salud y Facultades de Odontología de las diversas universidades del país. De esa manera se amplió el Programa de Salud Bucal a 12 de las 13 regiones del país, con un total de 129 módulos dentales instalados en 117 comunas, de las cuales 27 corresponden a comunas que hasta esa fecha no contaban con el programa, priorizando aquellas comunas que cuentan con escolares cursando primer año básico y pertenecientes al Programa Chile Solidario. Además, JUNAEB incentivó, tanto a esas mismas comunas como a las antiguas, para que atendieran a niños pertenecientes al Programa Chile Solidario que asisten a cursos intermedios y por tanto, no formaban parte del programa de salud bucal. La ampliación de la cobertura alcanzó a 7.890 niños. Al mismo tiempo y dado que se habían detectado dificultades en el registro de niños de Chile Solidario en las estadísticas del programa, se realizaron capacitaciones a los nuevos equipos locales. Para el desarrollo de las actividades descritas fue necesario ejecutar una serie de procesos que tuvieron efectos en las dinámicas internas de trabajo de JUNAEB, entre las cuales destaca la intensificación de la relación con MIDEPLAN para obtener información sobre las comunas con mayor presencia de familias pertenecientes a Chile Solidario; la movilización que efectuaron los Coordinadores Regionales de JUNAEB en las comunas que participaban por primera vez en el programa, a fin de promover e inducir el programa; así como la relación directa que establecieron con el encargado comunal de Chile Solidario. Estas acciones se tradujeron en una mejor coordinación entre ambos.

Además de lo anterior, se acordaron compromisos tendientes a implementar la estrategia de incorporación del componente Atención Odontológica Integral en comunas con un alto porcentaje de familias Chile-Solidario, así como también a evaluar la factibilidad de incorporar al programa comunas con alto porcentaje de familias Chile-Solidario que no han accedido debido a su incapacidad de invertir en la adquisición del equipamiento dental para otorgar atenciones.

#### *C. Revisión de la formulación del componente Promoción de Salud Bucal*

La recomendación de la evaluación plantea la necesidad de revisar la reformulación del componente Promoción de la Salud Bucal, debido a que la integración de la JUNAEB al Programa de Escuelas Saludables ha traído como resultado la disminución de la cobertura.

Los compromisos acordados en torno a esta materia establecieron, en primer término, la necesidad de implementar el componente Promoción de Salud Bucal en todas las escuelas incorporadas a los planes de Escuelas Promotoras de Salud, a través de la firma de convenios. En segundo lugar, se acordó implementar dichos convenios. Ambos tienen plazo de cumplimiento para el año 2005, por lo que a la fecha no han sido materia de seguimiento por parte de la DIPRES.

### **3.2.2. Compromisos en el área de Organización y Gestión**

La evaluación plantea diversas recomendaciones en esta materia, las que abordaron, entre otros, la articulación con el Ministerio de Salud, el reforzamiento institucional, la medición del desempeño del componente de Promoción de Salud Bucal.

#### *A. Articulación con el Ministerio de Salud*

La evaluación recomendó desarrollar esfuerzos institucionales al más alto nivel a fin de lograr una articulación fluida con el Ministerio de Salud, en orden a vencer resistencias y lograr el reconocimiento y apoyo del MINSAL hacia el Programa. Dadas las ventajas operativas de la JUNAEB para la atención de los escolares, la estrategia recomendada es que JUNAEB logre transformarse en el brazo ejecutor de las prioridades programáticas definidas por el MINSAL, es decir, ser un prestador preferido de éste.

Al respecto, se estableció el compromiso de formalizar acuerdos entre JUNAEB y MINSAL relativos al funcionamiento del Programa de Salud Bucal en coordinación con el AUGE Odontológico (Atención Integral de niños de 6 años). Su plazo se determinó para diciembre de 2004.

Para el logro de este compromiso, a contar del 12 de julio de 2004 se iniciaron una serie de reuniones y trabajo conjunto entre ambas instituciones destinadas a fortalecer su coordinación. Una expresión concreta de la mayor coordinación es que JUNAEB fue invitado por el MINSAL a participar en la elaboración del protocolo para el AUGE odontológico destinado a la atención de niños de 6 años de edad, lo que implicó el incremento de la coordinación entre los niveles directivos y técnicos de ambas instituciones.

En el seguimiento de compromisos DIPRES ha calificado a éste como parcialmente cumplido debido a que está pendiente la formalización de los acuerdos entre JUNAEB y MINSAL respecto del funcionamiento del Programa de Salud Bucal en coordinación con el AUGE Odontológico.

#### *B. Estudio de costos de Componente Atención Odontológica Integral*

Este compromiso responde a la recomendación de realizar estudios de costos de las Altas Integrales y Controles de Mantenimiento, para fijar la subvención en base a costos estándares de producción, en consideración a los propios parámetros de costos de las unidades ejecutoras. El compromiso se refiere a elaborar un estudio comparativo de costos por atención de la canasta JUNAEB y MINSAL, para Atención Odontológica Integral de niños de 6 años, cuyo cumplimiento se estableció para diciembre de 2004.

JUNAEB elaboró un estudio de costos por atención (Alta Integral y Control de Mantenimiento) considerando las mismas prestaciones contenidas en la canasta del MINSAL y teniendo como referencia los precios de mercado de los insumos utilizados en cada una de las prestaciones costeadas. Este estudio lo realizaron los profesionales del programa, con la participación de los Coordinadores Regionales quienes obtuvieron información de los módulos y de los municipios.

La revisión de los avances efectuada con motivo del seguimiento de este compromiso muestra insuficiencias metodológicas que superar, conjuntamente con la necesidad de analizar y validar los resultados con el MINSAL. Por tales razones la DIPRES lo ha calificado como parcialmente cumplido.

#### *C. Reforzamiento institucional*

Una de las recomendaciones de la evaluación estableció que una eventual ampliación de la cobertura del programa, y en particular del componente de Atención Odontológica Integral, se requeriría

de un reforzamiento de las instancias institucionales vinculadas a la gestión en aspectos tales como las licitaciones, evaluación y control, y sistemas informáticos. En este ámbito, se recomendó reforzar el sistema de auditorías tendientes a asegurar la calidad técnica de las prestaciones y, en lo posible, que éstas sean realizadas con procedimientos estándares y por profesionales externos a la JUNAEB (contralor externo).

A partir de esta recomendación se estableció el compromiso de implementar un sistema de auditorías odontológicas en regiones que no contaban con odontólogos coordinadores regionales. Su cumplimiento fue fijado para diciembre 2004.

Respondiendo a este compromiso, JUNAEB efectuó una licitación pública para la provisión del servicio "Auditoría para la evaluación de la calidad de la atención en módulos dentales de JUNAEB". Esto se aplicó en 24 módulos dentales en 20 comunas del país y la medida se extendió también a otras regiones que contaban con coordinador odontólogo, debido a que se estimó que las auditorías externas garantizaban mayor objetividad y rigurosidad técnica que si las mismas eran realizadas por profesionales pertenecientes a JUNAEB. Esta medida se apoyó con la elaboración de un "Manual de Instrucciones de Auditorías Odontológicas" y Formularios de Registro, todo lo cual estuvo destinado a unificar criterios aplicados en dichas auditorías y así obtener parámetros objetivos a aplicar en todos los procedimientos que se realizan. En la ejecución de este compromiso participaron otras instancias de JUNAEB, en particular los Departamentos de Asesoría Jurídica y Administrativo (Unidad de Adquisición y Control de Contratos) en lo que se refiere al proceso de licitación. Esta actividad contribuyó al fortalecimiento de la descentralización de JUNAEB, puesto que las Coordinaciones Regionales adquirieron alto nivel de responsabilidad y participación en el proceso de externalización de las auditorías, como fue la recepción de las postulaciones y la elaboración de los contratos a nivel regional, los que fueron firmados por la autoridad regional. Asimismo, la responsabilidad de la coordinación técnica de las auditorías realizadas por externos recayó en los coordinadores regionales. Los auditores externos elaboraron informes técnicos sobre su trabajo siguiendo las pautas establecidas en el citado Manual, señalando las falencias encontradas, información que permitió a la dirección del programa introducir mejoras cualitativas. Como consecuencia, el nivel central exigió a los Coordinadores Regionales de JUNAEB que formularan y aplicaran un plan regional para corregir las deficiencias encontradas.

El segundo compromiso en el área de reforzamiento institucional consiste en evaluar la factibilidad de trabajar con sistema de auditorías odontológicas externas en regiones que actualmente cuentan con odontólogos coordinadores regionales. Su cumplimiento se programó para diciembre de 2005, no obstante la institución ha experimentado avances en esta materia.

#### *D. Medición de la efectividad del componente Promoción de Salud Bucal*

Se definieron 4 compromisos en respuesta a la recomendación que estipuló la necesidad de revisar la formulación del componente Promoción de la Salud Bucal, debido a que la integración de JUNAEB al Programa de Escuelas Saludables trajo aparejada la disminución de la cobertura.

Con este propósito se acordó un compromiso tendiente a incorporar al Sistema de Planificación y Control de Gestión<sup>31</sup> indicadores para medir el desempeño del componente Promoción de la Salud de JUNAEB. Su plazo de cumplimiento fue definido para diciembre de 2004. A este respecto se incorporaron un conjunto de 6 indicadores<sup>32</sup> que cubren las áreas más importantes de la actividad del componente y cuya medición, mediante encuestas, será cada 3 años por ser este el período establecido para

---

31 Sistema de información para la gestión que forma parte de los Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG). Los PMG incluyen el compromiso de desarrollar un conjunto de sistemas de gestión preestableciendo objetivos, cuyo cumplimiento se asocia a un incentivo de carácter monetario para los funcionarios.

32 Estos indicadores medirán la cobertura de escuelas que cuentan con planes de escuelas saludables con condicionante de salud bucal, la cobertura de alumnos que se benefician con estos planes, la cobertura de padres de alumnos que participan en los planes, la cobertura de niños que declara participar en más del 70% de las actividades programadas en los planes, la cobertura de padres que declara participar en más del 70% de las actividades programadas en los planes, y el gasto promedio del componente escuela saludable con condicionante de salud bucal por niño participante.

los Planes de Escuelas Saludables. Esta actividad implicó que el Programa de Salud Bucal fortaleciera de manera importante su coordinación con el Departamento de Planificación de JUNAEB, responsable de éstas materias, para incorporar las mediciones. Al mismo tiempo, la institución ha realizado cambios en los formatos de los instrumentos de recolección de información a fin de integrar los datos necesarios para medir estos indicadores, cambios que fueron acordados en la reunión de noviembre con los coordinadores regionales del programa.

Respecto de la medición de la efectividad del componente Promoción de Salud Bucal, se suscribieron compromisos para ser cumplidos en los años 2005 y 2006, tendientes a realizar un estudio de evaluación de impacto del componente Promoción de la Salud, tanto para lo asociado a Módulos Dentales del componente Atención Odontológica Integral, como a los Planes de Escuelas Saludables. El primer compromiso consiste en la elaboración de los términos técnicos de referencia del estudio, el segundo en elaborar un informe de avance del citado estudio, en tanto que el último implica finalizarlo, lo que debe ser cumplido a diciembre de 2006.

#### *E. Incentivar el aporte de terceros al componente Promoción de Salud Bucal*

La evaluación recomendó que una fuente de financiamiento que se debería explorar es el aporte de terceros, puesto que, dadas las características del Programa, se podría incentivar al sector privado a que se constituya en una fuente permanente de recursos. En particular, la recomendación se refería a donaciones de materiales de higiene bucal (cepillos y pastas dentales) para apoyar las actividades educativas del componente de Promoción de Salud Bucal, así como también para facilitar el desarrollo de hábitos de higiene bucal en forma conjunta con el programa de alimentación de JUNAEB (cepillado de dientes después de la entrega de alimentos por parte de JUNAEB), permitiendo de esa manera hacer efectivas las acciones de educación para la salud. El compromiso se definió en orden a establecer contacto con terceros y obtener resultados concretos de donaciones. Su cumplimiento está previsto para junio de 2005.

#### *F. Ampliación de la cobertura del componente PAE fluorurado (PAE-F)*

La recomendación se refirió a continuar con la ampliación de la cobertura del componente PAE - F, iniciada en el año 2004, al resto de las comunas rurales del país que no cuentan con agua potable fluorurada, atendiendo a los buenos resultados de la experiencia piloto, tanto en los aspectos técnicos como por su bajo costo. Para el logro de esta recomendación se establecieron 3 compromisos relativos a la implementación progresiva de este componente en las comunas rurales que no cuentan con agua potable fluorurada de regiones del país que presentan más daño bucal.

El proceso de ampliación de la cobertura a distintas regiones del país se inició mediante el desarrollo de múltiples acciones, tales como establecer coordinación con el MINSAL para identificar las comunas beneficiarias, impartir orientaciones técnicas a los niveles regionales de JUNAEB, SEREMI<sup>33</sup> de Salud y Servicios de Salud respectivos, realizar toma de muestras y análisis de agua de consumo de todas las escuelas rurales que formarán parte del PAE-F, practicar exámenes clínicos de caries y fluorosis de una muestra de niños que formarán parte del PAE-F, efectuar capacitación a actores involucrados en el correcto desarrollo del programa (equipos regionales de JUNAEB, empresas concesionarias, Servicios de Salud, manipuladoras de alimentos), distribuir productos lácteos fluorurados, y desarrollar actividades de supervisión del programa.

Las acciones descritas han implicado un fuerte esfuerzo institucional en la coordinación intra e interinstitucional. Al interior de JUNAEB se fortaleció la coordinación con el PAE a nivel nacional y adquirieron relevancia los profesionales encargados del PAE-F del programa piloto aplicado a IX región, en orden a transferir su experiencia a las regiones que comienzan su aplicación. También significó un trabajo conjunto con el MINSAL a nivel nacional y regional, así como también con las empresas elaboradoras de leche.

---

*33 Secretaría Regional Ministerial de Salud, representante del Ministerio a nivel de una región.*

En particular, durante el año 2004 se realizaron acciones de capacitación a actores involucrados en el correcto desarrollo del programa tales como los equipos regionales de JUNAEB, empresas concesionarias proveedoras de leche, Servicios de Salud y manipuladoras de alimentos.

Finalmente, se debe destacar que, fruto de los esfuerzos desplegados por JUNAEB en la VIII región, se obtuvo el apoyo de actores relevantes, como son la Facultad de Odontología de la Universidad de Concepción, el Colegio Regional de Dentistas y la empresa CORBIO, para implementar el PAE-F, lo que se califica como un logro importante en una región que ha sido resistente a autorizar la fluoruración del agua potable.

#### *G. Implementación de sistemas informáticos*

La evaluación recomendó desarrollar sistemas informáticos para conformar una base de datos que generara información de calidad y oportuna de las prestaciones otorgadas. Ello implicaría informatizar el programa con lo cual se podría, entre otras materias, trabajar con indicadores de gestión clínica.

Al respecto se formularon 5 compromisos, de los cuales dos se establecieron para diciembre de 2004. El primero de ellos dice relación con definir y concordar con DIPRES un conjunto de indicadores que servirán de base para evaluar el desempeño del programa y realizar su posterior seguimiento, tarea que fue cumplida ya que los indicadores fueron diseñados e incluidos en la Matriz de Marco Lógico que se diseñó durante el proceso de la evaluación y en el Sistema de Planificación y Control de Gestión de la Institución. También se concordó para la misma fecha la elaboración de términos de referencia conducentes al diseño de un sistema informático para el programa, que entregue información base para construir los indicadores elaborados. En esta materia, JUNAEB diseñó los términos de referencia, por lo que se califica como cumplido el compromiso. Además, se ha avanzado en la construcción de un catastro de los módulos dentales, mediante la aplicación de una encuesta para conocer su estado de situación respecto a la infraestructura computacional con que cuentan (computador, internet, banda ancha o no).

Los restantes compromisos, fijados para junio de 2005, consisten en medir los indicadores definidos e implementar el Sistema Informático.

#### *F. Difundir el Programa*

En relación a la recomendación de ampliar la difusión del programa, se estableció el compromiso, a diciembre del 2004, para implementar un plan de difusión con el objeto de apalancar recursos hacia comunas más pobres, de acuerdo a un cronograma establecido.

Para ello, JUNAEB realizó actividades de capacitación e inducción a comunas con módulos dentales nuevos en todas las regiones del país. Con el objeto de lograr una mayor difusión y visibilidad del programa, incluyendo aquellas localidades que por razones geográficas no contaban con atención regular de salud por parte de JUNAEB, se diseñaron trípticos, diplomas y autoadhesivos. Estas actividades implicaron un mayor apoyo al programa de los directivos de JUNAEB, tanto en la dirección nacional como en las direcciones regionales, materializándose en acciones tendientes a dar mayor visibilidad al programa en reuniones con alcaldes y otras autoridades regionales y locales. Todo lo anterior permitió dar por cumplido este compromiso.

### **3.3. Otros efectos de la evaluación**

Además del aumento en el presupuesto y de los cambios producidos en el programa y al interior de JUNAEB producto de los compromisos institucionales, la evaluación produjo otros efectos importantes en la dinámica de trabajo de la institución los que, en términos específicos, se pueden sintetizar en las siguientes áreas.

#### *A. Instancia de reflexión*

En términos generales y a juicio de los directivos de JUNAEB, un primer efecto a destacar es que la evaluación externa implicó generar una instancia de reflexión respecto del quehacer institucional y el programa de salud bucal en particular. Ello exigió adoptar una mirada objetiva y de mayor perspectiva, más exigente y más crítica. A pesar de las necesarias tensiones que implica el proceso mismo de la evaluación, a lo que se agrega la mayor carga de trabajo que ésta demanda, se produjo un aprendizaje y enriquecimiento que ha facilitado tener una visión de conjunto del programa. Además, permitió establecer más claramente las relaciones entre objetivos, actividades o procesos del trabajo, sistemas de información, e indicadores de resultados.

#### *B. Visibilidad del programa*

Otro efecto relevante de la evaluación es la mayor visibilidad del programa, tanto al interior de la JUNAEB como afuera de ella, lo que permitió ubicar al programa en un lugar de reconocimiento, lo que se tradujo en un estímulo positivo en todos los niveles. Una primera manifestación de la visibilidad es el apoyo decidido al programa por parte de la dirección general de la institución, ejemplo del cual es que la dirección ha elevado al rango de prioridad institucional el desarrollo del proyecto de informatización del programa de salud bucal. Por otra parte, la visibilidad alcanzó también a otros actores externos a JUNAEB, tales como autoridades de gobierno y universidades, de los cuales la dirección recibió comentarios elogiosos sobre los resultados positivos que tuvo la evaluación.

El aumento de visibilidad del programa en regiones se expresó en los diversos actos de difusión realizados por los Coordinadores Regionales de JUNAEB ante una amplia gama de representantes comunales y locales.

#### *C. Fortalecimiento del trabajo evaluativo de la institución*

La evaluación efectuada al Programa de Salud Bucal de JUNAEB fue un importante respaldo para el trabajo evaluativo emprendido por otro programa de la institución, como es el Programa de Salud del Estudiante. Éste había puesto en marcha, con anterioridad a la evaluación, un sistema de calidad en base a medición de indicadores. La evaluación realizada al programa de salud bucal y en particular la metodología utilizada en base a indicadores, permitió validar el trabajo ya iniciado, a la vez que perfeccionarlo y elevar el nivel de exigencias. Asimismo, fue un importante apoyo para vencer las resistencias al interior de JUNAEB respecto de las evaluaciones en base a indicadores, lo que ha sido calificado como una contribución directa de la evaluación al proceso de modernización de la institución.

#### *D. Fortalecimiento de la gestión de los niveles regionales de JUNAEB*

Aún cuando no era un resultado buscado por la evaluación, ésta produjo un notorio efecto en el fortalecimiento de los niveles regionales de JUNAEB, en particular de las Coordinaciones Regionales. Estas vieron aumentado su nivel de atribuciones y su participación en las decisiones que afectan al programa. Como ejemplo de ello se puede citar la gestión de las regiones en la difusión, en la selección de las comunas que participarán en el programa y en el proceso de externalización de las auditorías del componente Atención Integral Odontológica.





