

**INFORME DE CUMPLIMIENTOS DE COMPROMISOS AL
31-12-2009**

Programa/Institución: Salud Bucal
Ministerio: MINISTERIO DE EDUCACION
Servicio: JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS
Año: 2004
Calificación: Parcialmente cumplido

Recomendación	Compromiso	Cumplimiento
<p>I. DISEÑO.</p> <p>1. Componente Atención Odontológica Integral. Criterios de focalización y selección de las comunas participantes.</p> <p>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", los ponderadores utilizados en la aplicación de estos criterios y el rango del instrumento de focalización IVE. Se recomienda 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 en relación a la variable de selección "Compromiso de los ejecutores", las cuales operan actualmente en forma conjunta en el proceso de priorización. También se recomienda revisar el rango definido para el criterio de elegibilidad de IVE mayor de 30 para acceder al programa.</p>	<p>1. Revisar 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 Componente Atención Odontológica, dando más énfasis a criterio socio económico.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2004</p>	<p>Se revisaron las ponderaciones de los criterios para dar más énfasis a criterio socio-económico. Los cambios en las respectivas ponderaciones son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cambio de ponderación del promedio IVE de las escuelas, con el objetivo de dar más importancia al puntaje de los datos comunales y focalizar el Programa en las comunas más vulnerables. 2. Se reemplazó el Índice de Desarrollo Humano por el Índice de Infancia Comunal (Unicef). 3. Se agregó una ponderación para el número de niños Chile Solidario de la comuna (otorgando mayor puntaje a las comunas con mayor cantidad de niños en esta condición). 4. Para las comunas postulantes de escasos recursos y con interés en implementar el Programa, se flexibilizó la condición de tener infraestructura para los componentes educativo y de enseñanza de técnica de cepillado, con el compromiso de implementarlas en un plazo prudente (ver Términos de Referencia, ítem III. Consideraciones para la selección de entidades prestadoras). 5. Se cambió el puntaje otorgado a Compromiso de Ejecutores. En instructivo interno se explica que el

	<p>puntaje máximo a considerar para la selección de comunas de escasos recursos e interesadas en postular es 13 (ver Instructivo interno modificado). El puntaje del Compromiso de Ejecutores se bajó a 5, pero indicando que el único factor indispensable a considerar en el puntaje total para las comunas más pobres es el de la Carta Compromiso (equivalente a 1 punto), ya que ésta debe estipular claramente que la comuna implementará lo que le falta para desarrollar adecuadamente el Modelo de Atención de JUNAEB.</p> <p>Las nuevas ponderaciones y puntajes son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datos comunales (máximo 12 puntos): <ul style="list-style-type: none"> - Daño Oral: máximo 3 puntos. - Datos socio- económicos (Nº niños Chile Solidario; IVE escuelas; Índice de Infancia Comunal): máximo 9 puntos. 2. Compromiso Ejecutores: 5 puntos en total (para comunas de escasos recursos se considera sólo el puntaje equivalente a la Carta Compromiso: 1 punto). En el Instructivo interno modificado, se explica que el puntaje máximo a considerar para la selección de comunas de escasos recursos e interesadas en postular, es 13 puntos. <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Circular N°013 del 15 marzo 2005, dirigida a Directores Regionales, para Contratación Altas Odontológicas 2005. 2. Términos de Referencia Técnicos para la Atención Odontológica en Módulos Dentales Junaeb, Marzo 2005. 3. Instructivo interno para el proceso de contratación directa de Altas Integrales 2005.
--	---

		4. Instructivo interno modificado.
<p>I. DISEÑO.</p> <p>1. Componente Atención Odontológica Integral. Criterios de focalización y selección de las comunas participantes.</p> <p>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", los ponderadores utilizados en la aplicación de estos criterios y el rango del instrumento de focalización IVE. Se recomienda 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 en relación a la variable de selección "Compromiso de los ejecutores", las cuales operan actualmente en forma conjunta en el proceso de priorización. También se recomienda revisar el rango definido para el criterio de elegibilidad de IVE mayor de 30 para acceder al programa.</p>	<p>2. Elaborar bases administrativas y reglamento (resolución del servicio con aprobación de DIPRES) que incorporen criterios de focalización y sus ponderadores, de acuerdo a revisión.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2004</p>	<p>Se revisaron las ponderaciones de los criterios para dar más énfasis a criterio socio-económico. Los cambios en las respectivas ponderaciones son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cambio de ponderación del promedio IVE de las escuelas, con el objetivo de dar más importancia al puntaje de los datos comunales y focalizar el Programa en las comunas más vulnerables. 2. Se reemplazó el Índice de Desarrollo Humano por el Índice de Infancia Comunal (Unicef). 3. Se agregó una ponderación para el número de niños Chile Solidario de la comuna (otorgando mayor puntaje a las comunas con mayor cantidad de niños en esta condición). 4. Para las comunas postulantes de escasos recursos y con interés en implementar el Programa, se flexibilizó la condición de tener infraestructura para los componentes educativo y de enseñanza de técnica de cepillado, con el compromiso de implementarlas en un plazo prudente (ver Términos de Referencia, ítem III. Consideraciones para la selección de entidades prestadoras). 5. Se cambió el puntaje otorgado a Compromiso de Ejecutores. En instructivo interno se explica que el puntaje máximo a considerar para la selección de comunas de escasos recursos e interesadas en postular es 13 (ver Instructivo interno modificado). El puntaje del Compromiso de Ejecutores se bajó a 5, pero indicando que el único factor indispensable a considerar en el puntaje total para las comunas más pobres es el de la Carta Compromiso (equivalente a 1 punto), ya que ésta debe estipular claramente que la comuna implementará lo que le falta para desarrollar adecuadamente el Modelo de

		<p>Atención de JUNAEB.</p> <p>Las nuevas ponderaciones y puntajes son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datos comunales (máximo 12 puntos): <ul style="list-style-type: none"> - Daño Oral: máximo 3 puntos. - Datos socio- económicos (Nº niños Chile Solidario; IVE escuelas; Índice de Infancia Comunal): máximo 9 puntos. 2. Compromiso Ejecutores: 5 puntos en total (para comunas de escasos recursos se considera sólo el puntaje equivalente a la Carta Compromiso: 1 punto). En el Instructivo interno modificado, se explica que el puntaje máximo a considerar para la selección de comunas de escasos recursos e interesadas en postular, es 13 puntos. <p>Las bases administrativas y técnicas que rigieron para la Licitación (regional) de Altas odontológicas en Marzo de 2005, en el contexto del convenio para atender niños del Programa Chile Solidario, incorporan criterios de focalización y sus ponderadores, de acuerdo a revisión.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Circular N°013 del 15 marzo 2005, dirigida a Directores Regionales, para Contratación Altas Odontológicas 2005. 2. Términos de Referencia Técnicos para la Atención Odontológica en Módulos Dentales Junaeb, Marzo 2005. 3. Instructivo interno para el proceso de contratación directa de Altas Integrales 2005. 4. Instructivo interno modificado.
--	--	---

I. DISEÑO.

1. Componente Atención Odontológica Integral. Criterios de focalización y selección de las comunas participantes.

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", los ponderadores utilizados en la aplicación de estos criterios y el rango del instrumento de focalización IVE. Se recomienda 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 en relación a la variable de selección "Compromiso de los ejecutores", las cuales operan actualmente en forma conjunta en el proceso de priorización. También se recomienda revisar el rango definido para el criterio de elegibilidad de IVE mayor de 30 para acceder al programa.

3. Implementar en la selección de comunas participantes en Componente Atención Odontológica Integral, los criterios de focalización revisados y definidos en bases administrativas, cuantificando los indicadores de focalización respectivos.

Fecha de Vencimiento:
Junio 2005

Durante Marzo de 2005 se realizó el proceso de incorporación de nuevas comunas al Componente Atención Integral. Se utilizaron los Términos de Referencia 2005 con los criterios de focalización y puntajes modificados, dando más importancia al puntaje obtenido por los Datos Comunales y bajando la ponderación del factor Compromiso de Ejecutores. En el Instructivo interno del proceso, se modificaron los puntajes y se especificaron las comunas prioritarias a incorporar (por tener mayor número de niños Chile Solidario).

Los resultados obtenidos permitieron incorporar 26 comunas nuevas en el Programa de Salud Bucal de JUNAEB, de las cuales 12 corresponden a las identificadas como prioritarias por tener un número alto de niños Chile Solidario.

Se adjunta a modo de ejemplo 2 documentos de distintas Direcciones Regionales que demuestran que se han considerado y aplicado convenientemente las instrucciones y orientaciones emanadas desde la Dirección Nacional de JUNAEB para el cumplimiento del presente compromiso.

Calificación: Cumplido

Medios de Verificación:

1. Circular nº 013 del 15 de Marzo 2005, dirigida a Directores Regionales, para Contratación Altas Odontológicas 2005.

2. Términos de Referencia Técnicos para la Atención Odontológica en Módulos Dentales JUNAEB, Marzo 2005.

3. Instructivo interno para el proceso de contratación directa de Altas Integrales (modificado).

4. Ord. Nº 297 del Director Regional Junaeb, Región

		<p>Tarapacá, con Acta de Selección de Módulos Dentales.</p> <p>5. Jpaeb Nº 0525 del Director Regional Junaeb X Región, con Acta de Selección de Módulos Dentales.</p>
<p>I. DISEÑO.</p> <p>1. Componente Atención Odontológica Integral. Criterios de focalización y selección de las comunas participantes.</p> <p>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", los ponderadores utilizados en la aplicación de estos criterios y el rango del instrumento de focalización IVE. Se recomienda 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 en relación a la variable de selección "Compromiso de los ejecutores", las cuales operan actualmente en forma conjunta en el proceso de priorización. También se recomienda revisar el rango definido para el criterio de elegibilidad de IVE mayor de 30 para acceder al programa.</p>	<p>4. Finalizar la implementación, en la selección de comunas participantes en Componente Atención Odontológica Integral, de los criterios de focalización revisados y definidos en bases administrativas, cuantificando los indicadores de focalización respectivos.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>Con el objeto de cuantificar la ponderación asignada a cada una de las variables consideradas para la focalización y aplicación del Programa en aquellas comunas consideradas prioritarias dentro de cada región, como ya se informó anteriormente, durante el año 2005 se revisaron y readecuaron las ponderaciones de cada criterio.</p> <p>Continuando con este propósito, para el proceso de selección de comunas 2006, se readeculó el porcentaje de niños ChileSolidario comunal en base a la información actualizada del número de niños ChileSolidario / total de niños de 6-14 años en el sistema educacional *100.</p> <p>Por otra parte, en el ítem Compromiso Ejecutores, de acuerdo a lo observado durante el año 2005, se amplió de 1 a 3 el puntaje otorgado a la infraestructura, considerando la disponibilidad y características de ésta para otorgar en condiciones óptimas los 3 componentes del Modelo de Atención (clínico o curativo, educativo y preventivo).</p> <p>De acuerdo a lo anterior y a lo informado en respuestas anteriores, la cuantificación de los indicadores de focalización, como criterio de selección de las comunas que aplicarán el Programa de Salud Bucal de la JUNAEB, éstas deben sumar un puntaje, en Datos Comunales entre 8 y 12 puntos y, en el ítem Compromiso Ejecutores, un puntaje entre 5 y 7 puntos. Según lo anterior, la selección de comunas se hará entre aquellas que reúnan puntajes decrecientes entre 19 puntos, como máximo, y 13 puntos como mínimo.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Memo Nº 97 (05/07/2005) a Depto. Recursos con</p>

		<p>información Altas en Comunas nuevas. (A las comunas informadas en este documento, se agregaron después: X Región: Quinchao, Chonchi, Quellón, Curaco de Velez y XII Región: Puerto Natales).</p> <p>Instructivo interno para el proceso de selección Altas Integrales 2006</p>
<p>I. DISEÑO.</p> <p>2. Componente Atención Odontológica Integral. Estrategia de cobertura regional y comunal.</p> <p>(a) 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 permita corregir las inequidades en el acceso de escolares al programa, en función de su ubicación geográfica.</p> <p>(b) Diseñar y ofrecer incentivos para lograr la participación de las comunas priorizadas, los cuales pueden ser o no monetarios. Diseñar un sistema de incentivos monetarios para que las comunas más pobres accedan con mayor facilidad al programa, en la lógica de ampliar la cobertura del componente Atención Odontológica Integral. A modo de ejemplo, se puede diseñar un mecanismo que permita efectuar una transferencia de recursos al inicio del convenio a aquellas municipalidades que reúnen los requisitos para ser seleccionadas pero que no cuentan con equipamiento dental para proveer atenciones. Esta transferencia puede ser de un monto tal de recursos que</p>	<p>1. Definir estrategia de incorporación del Componente Atención Odontológica Integral en comunas con un alto porcentaje de familias Chile-Solidario.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2004</p>	<p>Con el objeto de ampliar la cobertura hacia las comunas con menor (o ninguna) participación en el Programa y con un alto porcentaje de niños pertenecientes al Programa Chile Solidario, se definieron las siguientes estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En marzo del año 2004 se realizó a nivel nacional una Licitación Pública destinada a incorporar nuevos Módulos Dentales establecidos en el contexto del Convenio JUNAEB / MIDEPLAN, para la atención de niños pertenecientes al Programa Chile Solidario. 2. Se incorporó el ponderador Número de niños Chile Solidario en las Bases Técnicas (antes no existía). 3. En el Instructivo interno para adjudicación de Altas Odontológicas, se envió a las regiones el listado de las comunas prioritarias a adjudicar (las cuales corresponden a las que tienen mayor número de niños Chile Solidario). <p>Los resultados obtenidos permitieron extender el Programa de Salud Bucal a 12 regiones (con la sola excepción de la XII Región), 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 de Salud Bucal.</p> <p>La expansión del Programa de Salud Bucal a estas nuevas localidades permitió llegar a un importante número de niños y niñas pertenecientes al</p>

<p>contribuya a financiar parte o todo el equipamiento necesario, recursos que podrían ser recuperados por JUNAEB por la vía de un descuento de las transferencias por actividad mensuales. También se podría implementar un mecanismo de incentivos por la vía de correctores de la subvención por factores de pobreza, ruralidad, IVE, índices de daño bucal, entre otros. Esto requiere que la institución disponga de un "Fondo de Incentivos".</p>		<p>Programa Chile Solidario, situación que también se potenció en los Módulos Dentales establecidos con anterioridad.</p> <p>4. Se intencionó la participación de comunas con un alto porcentaje de niños pertenecientes al Programa Chile Solidario cursando 1º Año Básico.</p> <p>5. En el segundo semestre los equipos regionales de JUNAEB motivaron a estas mismas comunas a que incluyeran no sólo los niños Chile Solidario cursando 1º básico, sino a todos los niños Chile Solidario del establecimiento. Este mismo concepto fue difundido en las comunas antiguas que ya tenían el Programa de Salud Bucal de JUNAEB. De esta manera, se obtuvo un aumento de la cobertura Chile Solidario, con una cantidad estimada de 7.890 niños.</p> <p>6. Se realizaron capacitaciones de inducción a todos los equipos nuevos, y en el tema de registrar adecuadamente los niños beneficiarios, de modo que estas acciones permitieran rescatar a los niños objetivo (Chile Solidario). Dicho proceso contó con la asesoría y orientación de los Odontólogos Coordinadores de Salud Bucal, tanto de la Dirección Nacional como de las Direcciones Regionales de JUNAEB, a fin de resguardar el cumplimiento del Modelo de Atención en el marco del convenio con Chile Solidario.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bases licitación Altas Odontológicas 2004. 2. Instructivo de adjudicación Altas Odontológicas 2004. 3. Convenio MIDEPLAN- JUNAEB 2004 y 2005. 4. Informe Programa de Salud Bucal- JUNAEB.
---	--	---

		<p>Convenio Chile Solidario 2004 (Noviembre 2004).</p> <p>5. Instructivo interno modificado.</p> <p>6. Copia de Resolución capacitación a equipos de Módulos Dentales nuevos (ejemplo de evidencia de capacitaciones realizadas).</p>
<p>I. DISEÑO.</p> <p>2. Componente Atención Odontológica Integral. Estrategia de cobertura regional y comunal.</p> <p>(a) 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 permita corregir las inequidades en el acceso de escolares al programa, en función de su ubicación geográfica.</p> <p>(b) Diseñar y ofrecer incentivos para lograr la participación de las comunas priorizadas, los cuales pueden ser o no monetarios. Diseñar un sistema de incentivos monetarios para que las comunas más pobres accedan con mayor facilidad al programa, en la lógica de ampliar la cobertura del componente Atención Odontológica Integral. A modo de ejemplo, se puede diseñar un mecanismo que permita efectuar una transferencia de recursos al inicio del convenio a aquellas municipalidades que reúnen los requisitos para ser seleccionadas pero que no cuentan con equipamiento dental para proveer atenciones. Esta transferencia puede ser de un monto tal de recursos que contribuya a financiar parte o todo el</p>	<p>2. Implementar estrategia de incorporación del Componente Atención Odontológica Integral en comunas con un alto porcentaje de familias Chile-Solidario, en lo que corresponda.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2005</p>	<p>Se implementó esta estrategia a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incorporación del Ponderador N° de niños Chile Solidario dentro del puntaje de los Datos Comunales en los términos de referencia para postular al Programa de Salud Bucal de JUNAEB. - Envío de listado de comunas prioritarias por región en el Instructivo Interno del proceso, indicando que su condición de prioritarias se relacionaba a su número mayor de niños Chile Solidario. - Invitación a participar en adquisición de Altas Odontológicas de JUNAEB año 2005, a estas comunas dirigidamente. <p>Resultado de estas acciones es la incorporación de 26 comunas nuevas del país al Programa de Salud Bucal de JUNAEB.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Circular n° 013 del 15 de Marzo 2005, dirigida a Directores Regionales, para Contratación Altas Odontológicas 2005. 2. Términos de Referencia Técnicos para la Atención Odontológica en Módulos Dentales JUNAEB, Marzo 2005. 3. Instructivo interno para el proceso de contratación directa de Altas Integrales

<p>equipamiento necesario, recursos que podrían ser recuperados por JUNAEB por la vía de un descuento de las transferencias por actividad mensuales. También se podría implementar un mecanismo de incentivos por la vía de correctores de la subvención por factores de pobreza, ruralidad, IVE, índices de daño bucal, entre otros. Esto requiere que la institución disponga de un "Fondo de Incentivos".</p>		<p>(modificado).</p> <p>4. Oficio Circular Nº 25 que modifica o ratifica presupuesto asignado a las regiones en cumplimiento al proceso de contratación instruido mediante Circular Nº 013 del 15 de Marzo de 2005.</p> <p>5. Memo Nº97 del 5 de Julio de 2005 que complementa la información del Of. Circular Nº 25, mediante tabla que incluye la programación regional de Altas Odontológicas al 31 de Julio de 2005, considerando las comunas en las cuales se firmaron nuevos convenios para la atención dental de niños y niñas pertenecientes al Programa Chile Solidario.</p>
<p>I. DISEÑO.</p> <p>2. Componente Atención Odontológica Integral. Estrategia de cobertura regional y comunal.</p> <p>(a) 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 permita corregir las inequidades en el acceso de escolares al programa, en función de su ubicación geográfica.</p> <p>(b) Diseñar y ofrecer incentivos para lograr la participación de las comunas prioritizadas, los cuales pueden ser o no monetarios. Diseñar un sistema de incentivos monetarios para que las comunas más pobres accedan con mayor facilidad al programa, en la lógica de ampliar la cobertura del componente Atención Odontológica Integral. A modo de ejemplo, se puede diseñar un mecanismo que permita efectuar una transferencia de</p>	<p>3. Evaluar la factibilidad de la incorporación al programa de 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. Si es factible, el diseño de este componente será presentado en el Formulario E del Presupuesto 2006.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2005</p>	<p>Aceptando que un porcentaje de comunas no ha accedido por la incapacidad de invertir en la adquisición de equipamiento dental, y atendiendo la sugerencia de solicitarlo en el presupuesto de JUNAEB, se revisó esta situación con el Director Nacional de JUNAEB y con Asesoría Jurídica. Se establece que el presupuesto institucional no considera inversión para infraestructura y que, sumado a ello, se nos ha orientado desde el sector Educación, que el presupuesto debe ser presentado de continuidad. Por lo tanto, no se presenta el Formulario E al respecto. Ante esta situación, el equipo de Salud de JUNAEB compartió esta necesidad con la Subsecretaría de Redes del MINSAL, debido a que el MINSAL se encontraba en proceso de adquisición de nuevos equipos odontológicos para el desarrollo adecuado del AUGÉ Odontológico en las zonas que lo requerían. Se confeccionó un listado con todas las comunas del país, identificando aquellas con mayor porcentaje de niños Chile Solidario para que pudieran estar también incluidas en estas nuevas adquisiciones.</p> <p>El MINSAL distribuyó equipamiento nuevo a nivel país. Además, en el proceso de incorporación de nuevas comunas al Programa de Salud Bucal de</p>

<p>recursos al inicio del convenio a aquellas municipalidades que reúnen los requisitos para ser seleccionadas pero que no cuentan con equipamiento dental para proveer atenciones. Esta transferencia puede ser de un monto tal de recursos que contribuya a financiar parte o todo el equipamiento necesario, recursos que podrían ser recuperados por JUNAEB por la vía de un descuento de las transferencias por actividad mensuales. También se podría implementar un mecanismo de incentivos por la vía de correctores de la subvención por factores de pobreza, ruralidad, IVE, índices de daño bucal, entre otros. Esto requiere que la institución disponga de un "Fondo de Incentivos".</p>		<p>JUNAEB se indicó a las Direcciones Regionales de JUNAEB invitar a participar a estas comunas, las que fueron calificadas como prioritarias en el instructivo interno.</p> <p>De las 52 comunas mencionadas en el "Listado comunas pobres sin infraestructura para aporte de equipamiento odontológico por parte del MINSAL" (elaborado por el Minsal), 30 de ellas (58%) cuentan, a junio de 2005, con Módulos Dentales Junaeb. De las 22 restantes que no postularon al proceso de contratación de altas odontológicas, realizado en todas las regiones durante el presente año (Circular Nº 13), sólo 4 (Parral y Romeral en la VII Región; Punta Arenas en la XII y Buin en la Región Metropolitana) correspondían a comunas priorizadas de acuerdo a los porcentajes de niños pertenecientes al Programa Chile Solidario.</p> <p>Las 30 comunas mencionadas en el párrafo anterior son las siguientes:</p> <p>Región I : Arica, Iquique Región III : Chañaral, Vallenar Región IV : Canela, Coquimbo Región V : Valparaíso, Viña del Mar Región VII : Curicó, Talca Región VIII: Concepción, Chillán Región IX : Lonquimay, Perquenco, Temuco Región X : Ancud, Chaitén, Frutillar, Hualaihue, Purrانque, La Unión, Lanco R. Metrop : Huechuraba, Pudahuel, Maipú, El Bosque, La Granja, Lo Espejo, La Pintana, Puente Alto.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> 1. Instructivo interno para el proceso de contratación directa de Altas Integrales (modificado). 2. Listado comunas pobres sin infraestructura para</p>
---	--	--

		aporte de equipamiento odontológico por parte del MINSAL.
<p>I. DISEÑO.</p> <p>2. Componente Atención Odontológica Integral. Estrategia de cobertura regional y comunal.</p> <p>(a) 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 permita corregir las inequidades en el acceso de escolares al programa, en función de su ubicación geográfica.</p> <p>(b) Diseñar y ofrecer incentivos para lograr la participación de las comunas priorizadas, los cuales pueden ser o no monetarios. Diseñar un sistema de incentivos monetarios para que las comunas más pobres accedan con mayor facilidad al programa, en la lógica de ampliar la cobertura del componente Atención Odontológica Integral. A modo de ejemplo, se puede diseñar un mecanismo que permita efectuar una transferencia de recursos al inicio del convenio a aquellas municipalidades que reúnen los requisitos para ser seleccionadas pero que no cuentan con equipamiento dental para proveer atenciones. Esta transferencia puede ser de un monto tal de recursos que contribuya a financiar parte o todo el equipamiento necesario, recursos que podrían ser recuperados por JUNAEB por la vía de un descuento de las transferencias por actividad mensuales. También se podría</p>	<p>4. Implementar Plan de Difusión del Programa con el objeto de apalancar recursos hacia comunas más pobres, de acuerdo a cronograma establecido.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2004</p>	<p>Se diseñó y puso en práctica, una estrategia de difusión del Programa mediante visitas y reuniones que se realizaron:</p> <p>a) en las Regiones que a Marzo del 2004 contaban con el Programa de Salud Bucal: por parte de los Coordinadores Regionales con el apoyo de los Coordinadores del Programa de Salud Bucal con desempeño en la Dirección Nacional;</p> <p>b) en las regiones II, III, XI y XII, que a Marzo del 2004 no contaban con el Programa de Salud Bucal por parte de los Coordinadores de la Dirección Nacional de JUNAEB.</p> <p>En todas las regiones, durante el proceso de Licitación Pública y Contratación Directa de Altas Odontológicas (Marzo-Agosto), se realizaron las siguientes actividades de difusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marzo: envío de registro de niños Chile Solidario de comunas prioritarias a las regiones. - Marzo: considerando que los Coordinadores Regionales realizan a comienzo de año reuniones de evaluación y programación en todas las comunas (por el Área Asistencial del Programa de Salud Escolar), se informó y motivó a los Coordinadores Comunales para que se contactaran con las autoridades de Salud regional y les presentaran la propuesta de Salud Bucal de JUNAEB. - Marzo-Abril: publicación de Bases de Altas Odontológicas en el sistema Chilecompra.cl - Abril: envío de oficios a comunas prioritarias, indicando el procedimiento para ingresar al sistema Chilecompra.cl y acceder a las Bases. Apoyo constante a las comunas vía teléfono o mail, a través de los Coordinadores Regionales de Salud. - Mayo: adjudicación Altas Odontológicas en proceso de Licitación Pública. - Mayo-Junio: nuevo contacto con comunas para

<p>implementar un mecanismo de incentivos por la vía de correctores de la subvención por factores de pobreza, ruralidad, IVE, índices de daño bucal, entre otros. Esto requiere que la institución disponga de un "Fondo de Incentivos".</p>		<p>adjudicación de Altas Odontológicas a través del proceso de Contratación Directa. - Julio-Agosto: capacitación e inducción a comunas con Módulos Dentales nuevos en todas las regiones del país, a través de Coordinadores Regionales y Coordinadores Nacionales de Salud Bucal.</p> <p>Con respecto a la visibilidad del Programa de Salud Bucal, durante el último trimestre del año se trabajó en el diseño de trípticos, diplomas y autoadhesivos. Lo anterior, con el objeto de lograr una mayor difusión y visibilidad del Programa en todo el país, incluyendo aquellas localidades que por razones geográficas no cuentan con atención regular de salud:</p> <p>a) Septiembre: diseño preliminar del material de difusión (Coordinadores de Salud regionales y nacionales); b) Noviembre: publicación de las Bases para cotización del diseño de material de difusión (Cotización 692-657-C004) en el sistema Chilecompra.cl c) Diciembre: adjudicación diseño material de difusión.</p> <p>El material de difusión será entregado a los niños dados de alta (diplomas, adhesivos, trípticos), a los padres y/o apoderados (trípticos, adhesivos), profesores (adhesivos), Módulos Dentales (trípticos, adhesivos, diplomas).</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> 1. Términos de referencia para diseñar material de difusión para el Programa de Salud del Estudiante (Area Salud Bucal);2. Muestras de trípticos, diplomas y autoadhesivos adjudicados.</p>
<p>I. DISEÑO. 2. Componente Atención Odontológica</p>	<p>5. Implementar Plan de Difusión del Programa con el objeto de apalancar</p>	<p>Durante todo el transcurso del año, los (las) Coordinadores (as) Regionales del Programa de</p>

<p>Integral. Estrategia de cobertura regional y comunal.</p> <p>(a) 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 permita corregir las inequidades en el acceso de escolares al programa, en función de su ubicación geográfica.</p> <p>(b) Diseñar y ofrecer incentivos para lograr la participación de las comunas priorizadas, los cuales pueden ser o no monetarios. Diseñar un sistema de incentivos monetarios para que las comunas más pobres accedan con mayor facilidad al programa, en la lógica de ampliar la cobertura del componente Atención Odontológica Integral. A modo de ejemplo, se puede diseñar un mecanismo que permita efectuar una transferencia de recursos al inicio del convenio a aquellas municipalidades que reúnen los requisitos para ser seleccionadas pero que no cuentan con equipamiento dental para proveer atenciones. Esta transferencia puede ser de un monto tal de recursos que contribuya a financiar parte o todo el equipamiento necesario, recursos que podrían ser recuperados por JUNAEB por la vía de un descuento de las transferencias por actividad mensuales. También se podría implementar un mecanismo de incentivos por la vía de correctores de la subvención por factores de pobreza, ruralidad, IVE, índices de daño bucal, entre otros. Esto requiere que la</p>	<p>recursos hacia comunas más pobres, de acuerdo a cronograma establecido.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>Salud del Estudiante, área de Salud Bucal, JUNAEB, han recibido, tanto a través de la visita de alguno de los odontólogos Coordinadores Nacionales del programa, como de los contactos telefónicos y/o a través de internet, una constante información y motivación para que, en aquellas comunas más pobres, estuvieran en permanente contacto con las autoridades locales, con el objeto de otorgarles coberturas.</p> <p>Producto de esta estrategia, se logró interesar a las autoridades comunales y de salud de 29 comunas nuevas con alto porcentaje de escolares pertenecientes al Sistema ChileSolidario con quienes se firmaron, durante el año 2005, convenios de colaboración para la atención en Módulos Dentales.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Informe Final Convenio 2005 Programa de Salud Bucal - JUNAEB/Chile Solidario</p> <p>Circular 018 (01/03/2006) Selección establecimientos para otorgar Altas Odontológicas 2006.</p> <p>Instructivo interno para el proceso de selección convenio altas integrales 2006.</p> <p>Informe programa de Salud Bucal JUNAEB/ Convenio Chile Solidario 2006 / Mayo 2006</p> <p>Copia e-mails enviados el 13.12.2005, 09.01.2006 y 24.01.06 a las Direcciones Regionales y/o Provinciales informando envío Diplomas, Autoadhesivos y Trípticos Programa de Salud Bucal, respectivamente, como parte del material de difusión del Programa.</p>
--	---	--

<p>institución disponga de un "Fondo de Incentivos".</p>		
<p>I. DISEÑO. 3. Componente Promoción de Salud Bucal. Revisión de la reformulación del componente. Revisar la reformulación del componente Promoción de Salud Bucal, en términos de la integración de JUNAEB al Programa de Escuelas Saludables. Esto, debido a que esta decisión ha traído como consecuencia la disminución de la cobertura.</p>	<p>1. Implementar componente de Promoción de Salud Bucal en todas las escuelas incorporadas a los Planes de Escuelas Promotoras de Salud a través de firma de convenios respectivos.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2005</p>	<p>El año 2005 comenzó un nuevo ciclo de 3 años de Planes de Escuelas Saludables JUNAEB (2005-2007), al que se invitó a participar a las escuelas de cada región. En las Orientaciones del Área de Escuelas Saludables emanadas desde la Dirección Nacional se indicó dar prioridad y mayor puntaje a las escuelas que postularan con el componente de Salud Bucal dentro de uno de los 3 componentes con los que deben trabajar durante 3 años. Los resultados obtenidos son:</p> <p>- 165 Planes de Escuelas Saludables a nivel país.</p> <p>Si bien para los Planes de Escuelas Saludables se priorizó el componente de salud bucal, un 83% de los Planes informados a la fecha han incorporado el componente Salud Bucal.</p> <p>Se capacitó y se entregó material educativo de Salud Bucal a todos los Planes de Escuelas Saludables (165).</p> <p>A modo de ejemplo adjuntamos 2 Resoluciones Exentas (Nº 239 de fecha 26 de Abril de 2005 y Nº 248 de fecha 26 de Abril de 2005) de la Dirección Regional Junaeb - VIII Región, que aprueban Convenios de Escuelas Saludables.</p> <p>Tal como se menciona anteriormente, el año 2005 comenzó un nuevo ciclo de Escuelas Saludables, cuya selección priorizó aquellas escuelas postulantes con componente Salud Bucal. Con esta priorización, el 83% de estas escuelas está actualmente trabajando con Salud Bucal. Dicho ciclo termina el año 2007 y, para la próxima selección se exigirá como requisito obligatorio la presencia del componente Salud Bucal. Por lo tanto, a partir de este nuevo ciclo, el 100% de las Escuelas Saludables JUNAEB tendrá el componente Salud</p>

		<p>Bucal.</p> <p>MARZO 2008: El nuevo ciclo de Escuelas Saludables (2008- 2010) se encuentra, actualmente, en proceso. Se espera que todas las escuelas nuevas incorporen el componente de Salud Bucal.</p> <p>JUNIO 2008: Al 30 de Junio de 2008, el proceso del nuevo ciclo de Escuelas Saludables se encuentra en su etapa final de asignación.</p> <p>Como ya se ha mencionado, los Planes de Escuelas Saludables para el Aprendizaje, tienen una duración de 3 años. El presente año corresponde iniciar un nuevo período (2008-2010), por lo tanto, las comunidades educativas presentan, a nivel regional, sus propuestas de Planes de Escuelas Saludables para el Aprendizaje. A la fecha (05/09/2008), la etapa de asignación está terminada.</p> <p>DICIEMBRE 2008: Al 31 de Diciembre de 2008, el proceso de asignación está terminado.</p> <p>DICIEMBRE 2009: El 100% de los Planes Comunales de Escuelas Saludables para el Aprendizaje del país tienen incorporado el componente de Salud Bucal.</p> <p><u>Observación:</u> No se presentan medios de verificación que den cuenta de la incorporación del componente Salud Bucal en el 100% de los Planes Comunales de Escuelas Saludables para el Aprendizaje, a diciembre de 2009.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Circular Orientaciones Programa Salud del Estudiante 2005, Área Escuelas Saludables. 2.Resultados proceso Escuelas Saludables para el
--	--	---

		<p>Aprendizaje 2005.</p> <p>3.Formato convenio</p> <p>4. Resoluciones Exentas N° 239 de fecha 26 de Abril de 2005 y N° 248 de fecha 26 de Abril de 2005, que aprueban Convenios de Escuelas Saludables.</p>
<p>I. DISEÑO.</p> <p>3. Componente Promoción de Salud Bucal. Revisión de la reformulación del componente.</p> <p>Revisar la reformulación del componente Promoción de Salud Bucal, en términos de la integración de JUNAEB al Programa de Escuelas Saludables. Esto, debido a que esta decisión ha traído como consecuencia la disminución de la cobertura.</p>	<p>2. Implementar convenios firmados en todas las escuelas incorporadas a los Planes de Escuelas Promotoras de Salud, en el marco del componente de Promoción de Salud Bucal.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>Como se explicó en el Informe anterior (30/06/2005) el año 2005 comenzó un nuevo ciclo de 3 años (2005/2007) de los Planes de Escuelas Saludables, lográndose que de 165 Planes a nivel país, el 80% de ellos incluya el componente de Salud Bucal. Considerando la dinámica de las Escuelas Promotoras de la Salud y las evaluaciones de los Planes, este porcentaje puede variar en el trienio, no obstante, un aumento efectivo en el porcentaje de Planes con el componente de Salud Bucal incorporado, se intencionará nuevamente para el próximo ciclo (2008/2010).</p> <p>Actualmente, todos los convenios están firmados y con su respectiva resolución. Esta información se puede obtener en la página web de la institución, a través del Sistema Informático de Escuelas Saludables (tipo de convenio, antecedentes de la escuela, componentes del plan de la escuela).</p> <p>Las ventanas de la página web impresas que muestran los pasos a seguir para la obtención de la información, fueron enviadas en la Carta n° 628 (03/07/06).</p> <p>MARZO 2008: Los convenios que se implementarán en el nuevo ciclo de Escuelas Saludables (2008-2010), serán comunales. En dichos convenios se especificarán las escuelas participantes de la comuna.</p> <p>JUNIO 2008: Al 30 de Junio, los convenios de Escuelas Saludables, que serán comunales, se encuentran en proceso de elaboración.</p>

		<p>A la fecha (05/09/2008), faltan muy pocos convenios que están en las últimas etapas de firma.</p> <p>DICIEMBRE 2008: Al 31 de Diciembre de 2008, la totalidad de los convenios se encuentran firmados.</p> <p>DICIEMBRE 2009: Se adjuntan Convenios de Planes Comunales de Escuelas Saludables para el Aprendizaje (ciclo 2008- 2010)solicitados como medios de verificación.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Convenio Plan Comunal de Escuelas Saludables para el Aprendizaje de Frutillar. Convenio Plan Comunal de Escuelas Saludables para el Aprendizaje de Purranque. Convenio Plan Comunal de Escuelas Saludables para el Aprendizaje de Corral. Convenio Plan Comunal de Escuelas Saludables para el Aprendizaje de Lanco.</p>
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.</p> <p>1. Articulación con el Ministerio de Salud.</p> <p>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 lograr transformarse en el brazo ejecutor de las prioridades programáticas definidas por el MINSAL, es decir, ser el prestador preferido por el MINSAL.</p>	<p>Formalizar acuerdos entre JUNAEB y MINSAL respecto del funcionamiento del Programa Salud Bucal en coordinación con el AUGE Odontológico (Atención integral niños de 6 años).</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2004</p>	<p>A contar del 12 de julio de 2004 se inició una serie de reuniones y trabajo en conjunto JUNAEB / MINSAL, en las cuales participan personas de ambas instituciones, destinadas a coordinar las actividades de las 2 entidades.</p> <p>En este contexto, JUNAEB también fue invitado por el MINSAL a participar en la elaboración del Protocolo para el AUGE odontológico destinado a la atención de los niños de 6 años. Se adjunta documento que detalla dichas actividades (ANEXO N° 2), y se adjunta Protocolo del AUGE ("Guía Clínica Salud Oral Integral en niños de 6 años") donde se especifica, dentro de los revisores del documento, la participación del Dr. Enrique Toledo de JUNAEB. Por otro lado, JUNAEB firma convenios</p>

		<p>de colaboración mutua con las municipalidades y Servicios de Salud, donde se incluye que, en el marco del inicio del Plan AUGE Odontológico de los 6 años, además de los registros estadísticos mensuales, se debe incluir la nómina de niños AUGE que fueron atendidos a través del programa JUNAEB. Además, se adjunta Convenio de Colaboración mutua MINSAL-JUNAEB (Exento nº 460 del 24/Marzo/2000), donde se establece dentro de los Considerando "la conveniencia de unir capacidades y esfuerzos de ambas instituciones de manera de obtener resultados más eficientes". Este documento refleja que, desde esa fecha, ya se estableció el trabajo conjunto y coordinado entre ambas instituciones para lograr mejorar la Salud Bucal de los escolares del país.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actas reuniones JUNAEB- MINSAL (Julio- Noviembre 2004). 2. Convenio colaboración mutua MINSAL- JUNAEB (Exento nº 460, 24/03/2000). 3. Protocolo AUGE Odontológico. 4. Formato Convenio Módulos Dentales JUNAEB. 5. Actas reuniones JUNAEB- MINSAL (2005). 6. Orientaciones emitidas a Direcciones Regionales en relación a la coordinación requerida en los Módulos Dentales, por el inicio del AUGE odontológico (Oficio Circular nº 20, del 01/06/05).
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN. 2. Componente Atención Odontológica Integral. Estudio de costos. Realizar estudios de costos de las</p>	<p>Elaborar estudio comparativo de costos por atención de la canasta de JUNAEB y MINSAL para atención integral de niños de 6 años (AUGE</p>	<p>JUNAEB elaboró un estudio de costos por atención (Alta Integral y Control de Mantenimiento), en base al mismo contenido de la canasta del MINSAL y teniendo como referencia precios de mercado (a esa</p>

<p>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.</p>	<p>Odontológico).</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2004</p>	<p>fecha) para los distintos insumos utilizados en cada una de las atenciones costeadas. Se adjunta dicho estudio (ANEXO N° 3).</p> <p>En el estudio se observa la valorización otorgada a cada tipo de atención (Integral y Control de Mantenimiento), basada en los insumos utilizados, las horas odontólogo y asistente o educadora, el número de actividades promedio que se realizan en los niños, y el aporte de artículos y material educativo por parte de JUNAEB. De esta manera, se concluye que un mismo tipo de atención se logra a un menor costo, (Alta Integral: \$19.073.-; Control de Mantenimiento: \$6.170.-) que el referido por el MINSAL (Prevención y Educación Salud Oral 6 años = \$ 14.860 + Tratamiento Salud Oral 6 años = \$ 20.460.- Total equivalente Alta Integral= \$ 35.320.-).</p> <p>MINSAL no realiza atenciones equivalentes al Control de Mantenimiento que Junaeb otorga a los alumnos de 3º, 5º y 7º Año Básico. Excepcionalmente también se otorga este Control a los niños de 2º Año Básico que durante su atención en 1º Básico no presentaban los Primeros Molares Permanentes erupcionados.</p> <p>Como medio de verificación adjuntamos fotocopia de las páginas 44 y 45 del documento que "Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud" que se refieren a "Salud Oral Integral para niños de 6 años", en cuya letra c. Protección Financiera, se puede comprobar el arancel Minsal para tal prestación.</p> <p>Según lo informado en la reunión sostenida en la Dipres el 14 de Julio de 2005, a la que asistieron en representación del Programa de Salud Bucal de la JUNAEB, las Dras. María Paz Guzmán Ll., Jefe de la Unidad de Salud del Estudiante y Andrea Weitz S., Coordinadora Nacional, no habrá validación por parte del MINSAL para los costos de las atenciones</p>
---	--	---

		<p>dentales de la JUNAEB pues no corresponde tal procedimiento.</p> <p>DICIEMBRE 2005: De acuerdo a lo solicitado, se envió para conocimiento, al Departamento de Salud Bucal del MINSAL el estudio de costos de atenciones realizado por JUNAEB.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Carta N° 0177 (15/02/2006) a Jefa Depto Salud Bucal Minsal que adjunta "Análisis de costos Altas Integrales y Controles de Mantenición JUNAEB 2004"</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estudio de costos por atención del Programa de Salud Bucal de JUNAEB (Alta Integral y Control de Mantenición), 2004 2. Páginas 44 y 45 del documento que "Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud" que se refieren a "Salud Oral Integral para niños de 6 años". <p>"Análisis de costos Altas Integrales y Controles de Mantenición JUNAEB 2004"</p>
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN. 3. Reforzamiento Institucional. En una eventual ampliación de la cobertura del programa, en particular del componente Atención Odontológica Integral, se requerirá un reforzamiento de las instancias institucionales vinculadas a la gestión del mismo, en aspectos tales como las licitaciones, evaluación y control, y sistemas informáticos. En este ámbito, es necesario reforzar el sistema de contralorías; en lo posible que éstas sean realizadas con procedimientos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar sistema de auditorias odontológicas en regiones que no cuentan con odontólogos coordinadores regionales. <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2004</p>	<p>La Unidad de Salud del Estudiante de la JUNAEB, en su constante preocupación por entregar a sus beneficiarios un servicio eficiente y de máxima calidad, y en respuesta a la necesidad de optimizar los recursos humanos, físicos y económicos disponibles, desarrolla un proceso de evaluación integral de las actividades odontológicas realizadas en los Módulos Dentales, con la suficiente profundidad y frecuencia que permita a los responsables regionales y nacionales de su operación no sólo establecer un diagnóstico situacional, sino además, detectar aquellos problemas que afecten la calidad, la eficiencia y efectividad de las atenciones.</p>

<p>estándares y por profesionales externos a la JUNAEB (contralor externo).</p>		<p>El sistema de auditorías odontológicas es un procedimiento que está implementado desde el año 2001, normado en el "Manual de Normas y Procedimientos de la Atención en Módulos Dentales" (Capítulo IV, 5º sub-capítulo; Anexo III : formularios de Contralorías odontológicas) y permanentemente monitoreado. Las auditorías son realizadas por los Coordinadores Regionales odontólogos. En aquellas regiones que no contaban con coordinador odontólogo, eran realizadas por los Odontólogos Coordinadores Nacionales. No obstante, considerando nuevas modalidades de auditoría, y que hay regiones con módulos dentales que no cuentan con Odontólogos (as) Coordinadores (as) (los módulos aumentaron durante el año 2004) se efectuó un proceso de Licitación Pública para la provisión del servicio de "Auditoría para la evaluación de la calidad de la atención en módulos dentales de JUNAEB" que funcionan en 35 Comunas de 7 Regiones (se adjuntan ANEXO N° 4 Términos de Referencia respectivos).</p> <p>Como resultado de este proceso, se logró aplicar este sistema de auditorías externas en 20 Comunas (24 Módulos Dentales). Con el objeto de unificar los criterios aplicados en la realización de las auditorías, se elaboró un "Manual de Instrucciones Auditorías Odontológicas" y Formularios de Registro (adjunto ANEXO N° 5) para todos los procedimientos de control que se realizan a partir del mes de Noviembre de 2004.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> 1.Bases Administrativas de Licitación Pública para la provisión del servicio de " Auditoría para la evaluación de calidad de la atención en Módulos Dentales de JUNAEB" (2004).</p>
---	--	---

		<p>2.Manual de instrucciones Auditorías Odontológicas JUNAEB 2004.</p> <p>3.Bases Administrativas de Licitación Pública para la provisión del servicio de " Auditoría para la evaluación de calidad de la atención en Módulos Dentales de JUNAEB" (2005). ID 85-23-CO05.</p> <p>4.Bases Administrativas de Licitación Pública para la provisión del servicio de " Auditoría para la evaluación de calidad de la atención en Módulos Dentales de JUNAEB" (2005). 2ª etapa ID 85-30-LE05.</p> <p>5.Informe Auditorías 2004 (VI región).</p> <p>6.Copia resolución regional para contratación de Auditorías Odontológicas (VI Región).</p> <p>7.Publicación Términos de Referencia para Auditorías Odontológicas JUNAEB en el portal de Chilecompra (2004- 2005).</p>
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN. 3. Reforzamiento Institucional. En una eventual ampliación de la cobertura del programa, en particular del componente Atención Odontológica Integral, se requerirá un reforzamiento de las instancias institucionales vinculadas a la gestión del mismo, en aspectos tales como las licitaciones, evaluación y control, y sistemas informáticos. En este ámbito, es necesario reforzar el sistema de contralorías; en lo posible que éstas sean realizadas con procedimientos estándares y por profesionales externos a la JUNAEB (contralor externo).</p>	<p>2. Evaluar la factibilidad de trabajar con sistema de auditorías odontológicas con odontólogos externos en regiones que actualmente cuentan con odontólogos coordinadores regionales.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>Durante el año 2005, tres Direcciones Regionales (VII, VIII y Metropolitana) contaban con odontólogos coordinadores (a la fecha, esa cantidad se ha reducido a las regiones VII y Metropolitana). En todo caso, durante el ejercicio 2005 se realizaron auditorías externas a los Módulos de la Región Metropolitana. Para el año 2006 también está considerado realizar dicho procedimiento en esta región, restando sólo la VII en la cual no se ha considerado externalizar las auditorías mientras se cuente allí con odontólogo coordinador institucional.</p> <p>Las auditorías externas se han ido implementando gradualmente en el país, encontrándose 12 de las regiones con esta modalidad. En la VII región, JUNAEB aún cuenta con un odontólogo contratado especialmente para estos efectos, (11 hrs.), lo cual imposibilita la contratación de un externo. En las demás regiones, ya no existen odontólogos</p>

		<p>contratados por JUNAEB y, la modalidad de auditorías externas, se ha podido aplicar. Las funciones del odontólogo de la VII región se detallan en los medios de verificación.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Acta de adjudicación auditorías odontológicas 2005 - Contratación directa Dirección Regional Metropolitana. - Ord N° 1100 (05/10/2005) de Jefa Unidad Salud del Estudiante a Directora Regional Metropolitana respecto a Informes auditorías. <p>Ordinario N° 452 de fecha 11/04/2006 del Depto. Gestión de Recursos</p> <p>Descripción de funciones Odontólogo Coordinador Regional Programa de Salud Bucal VII Región</p>
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.</p> <p>4. Componente Promoción de Salud Bucal. Medición de la efectividad del componente y análisis formalización de asignación de recursos del mismo. Medir la efectividad del componente promoción de la salud, para luego analizar la manera más efectiva de realizar las acciones de educación y promoción de la salud, en el contexto de su complementariedad con el componente Atención Odontológica Integral. Dependiendo de los resultados de este análisis, evaluar la posibilidad de formalizar la asignación de recursos del componente Promoción de Salud Bucal al interior de la JUNAEB, efectuando las asignaciones presupuestarias correspondientes.</p>	<p>1. Elaborar términos técnicos de referencia para la realización de estudio de evaluación de impacto del componente de promoción de la salud, tanto para lo asociado a Módulos Dentales del componente de Alta Odontológica Integral como a los Planes de Escuelas Saludables.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>Se elaboraron los Términos de Referencia técnicos para la realización del estudio de impacto del componente de promoción del Programa de Salud Bucal.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> "Términos de Referencia Técnicos para la realización de Estudio de Efectividad del componente educativo del Programa de Salud Bucal JUNAEB"</p>

<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.</p> <p>4. Componente Promoción de Salud Bucal. Medición de la efectividad del componente y análisis formalización de asignación de recursos del mismo. Medir la efectividad del componente promoción de la salud, para luego analizar la manera más efectiva de realizar las acciones de educación y promoción de la salud, en el contexto de su complementariedad con el componente Atención Odontológica Integral. Dependiendo de los resultados de este análisis, evaluar la posibilidad de formalizar la asignación de recursos del componente Promoción de Salud Bucal al interior de la JUNAEB, efectuando las asignaciones presupuestarias correspondientes.</p>	<p>2. Elaborar informe de avance de estudio de evaluación de impacto del componente de promoción de la salud, tanto para lo asociado a Módulos Dentales del componente de Alta Odontológica Integral como a los Planes de Escuelas Saludables.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>Los Términos de Referencia se elaboraron recientemente, debido a que, anteriormente, no contábamos con presupuesto para su ejecución. Estos Términos de Referencia serán publicados próximamente, esperando sus resultados para este año.</p> <p>Se publicaron los Términos de Referencia y, si el proceso es exitoso, dentro de éstos, la fecha definida para la entrega del Informe es Noviembre de 2006.</p> <p>ENERO 2007: El estudio fue adjudicado y realizado por la Universidad Andrés Bello. Se adjunta el Informe Preliminar.</p> <p><u>Observación:</u> Modificar texto de la respuesta, indicando que ya se cuenta con el informe final del estudio.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Informe Preliminar "Estudio de efectividad del componente educativo del Programa de Salud Bucal JUNAEB", Universidad Andrés Bello.</p>
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.</p> <p>4. Componente Promoción de Salud Bucal. Medición de la efectividad del componente y análisis formalización de asignación de recursos del mismo. Medir la efectividad del componente promoción de la salud, para luego analizar la manera más efectiva de realizar las acciones de educación y promoción de la salud, en el contexto de su complementariedad con el componente Atención Odontológica Integral. Dependiendo de los resultados de este análisis, evaluar la posibilidad de formalizar la asignación</p>	<p>3. Elaborar informe final de estudio de evaluación de impacto del componente de promoción de la salud, tanto para lo asociado a Módulos Dentales del componente de Alta Odontológica Integral como a los Planes de Escuelas Saludables.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2006</p>	<p>Se adjunta el Informe Final del "Estudio de efectividad del componente educativo del Programa de Salud Bucal", Universidad Andrés Bello.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Informe Final del "Estudio de efectividad del componente educativo del Programa de Salud Bucal", Universidad Andrés Bello.</p>

<p>de recursos del componente Promoción de Salud Bucal al interior de la JUNAEB, efectuando las asignaciones presupuestarias correspondientes.</p>		
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN. 4. Componente Promoción de Salud Bucal. Medición de la efectividad del componente y análisis formalización de asignación de recursos del mismo. Medir la efectividad del componente promoción de la salud, para luego analizar la manera más efectiva de realizar las acciones de educación y promoción de la salud, en el contexto de su complementariedad con el componente Atención Odontológica Integral. Dependiendo de los resultados de este análisis, evaluar la posibilidad de formalizar la asignación de recursos del componente Promoción de Salud Bucal al interior de la JUNAEB, efectuando las asignaciones presupuestarias correspondientes.</p>	<p>4. Incorporar a nivel de diseño indicadores que midan el desempeño del componente promoción de la salud al Sistema de Planificación y Control de Gestión del PMG de la JUNAEB.</p> <p>Nota: El seguimiento posterior de este compromiso será realizado a través del proceso regular de validación del Sistema de Planificación/Control de Gestión de la JUNAEB.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2004</p>	<p>Los indicadores para medir el desempeño de este componente están insertos en la Matriz de Marco Lógico del programa y los siguientes fueron incorporados al Sistema de Planificación y Control de Gestión del PMG de la JUNAEB:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de escuelas subvencionadas que poseen planes de "escuelas saludables" con condicionante de salud bucal (Nº de escuelas subvencionadas que poseen planes de "escuelas saludables" con condicionante de salud bucal/ total de escuelas subvencionadas de las comunas participantes en el programa) * 100 2. Porcentaje de alumnos de establecimientos subvencionados beneficiados con planes de "escuelas saludables" con condicionante de salud bucal (Nº de alumnos de establecimientos subvencionados beneficiados con planes de "escuelas saludables" con condicionante de salud bucal / total matrícula de establecimientos subvencionados con planes de Escuelas Saludables)* 100 3. Porcentaje de padres de los alumnos de establecimientos subvencionados que participan en planes de escuelas saludables con condicionante de salud bucal (Nº de padres que participa en planes de escuelas saludables con condicionante de salud bucal / total padres de los alumnos de establecimientos subvencionados que participan en planes de escuelas saludables) * 100 4. Porcentaje de niños que declara participar en más del 70% de actividades programadas en planes de Escuelas Saludables (Nº de niños que

		<p>declaran participar en más del 70% de actividades programadas en planes de Escuelas Saludables/ total de niños encuestados que participa en planes de Escuelas Saludables) * 100</p> <p>5. Porcentaje de padres que declaran participar en más del 70% de actividades programadas en planes de Escuelas Saludables (N° de padres que declaran participar en más del 70% de actividades programadas en planes de Escuelas Saludables / total de padres de beneficiarios encuestados) * 100</p> <p>6. Gasto del componente escuela saludable con condicionante de salud bucal por niño participante (Presupuesto ejecutado componente escuela saludable con condicionante de salud bucal / total de niños participantes) * 100</p> <p>Estos indicadores fueron acordados con la DIPRES, y la periodicidad de medición fue determinada cada 3 años (ya que es el período establecido para los Planes de Escuelas Saludables).</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Sistema de Planificación/Control de Gestión de la JUNAEB.</p>
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.</p> <p>5. Componente Promoción de Salud Bucal. Aportes de Terceros.</p> <p>Incentivar al sector privado para que se constituya en una fuente permanente de recursos. En particular, en lo que se refiere a donaciones de materiales de higiene bucal (cepillos y pastas dentales) para apoyar las actividades educativas del componente de Promoción de la Salud Bucal, así como también para facilitar el desarrollo de hábitos de higiene</p>	<p>Establecer contacto con terceros para obtención de donaciones y presentar sus resultados.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2005</p>	<p>La política institucional de JUNAEB se basa en la compra de servicios y productos para el cumplimiento de su misión. Se consultó a Asesoría Jurídica de JUNAEB por la posibilidad de contar con una fuente permanente de donaciones de privados, pero legalmente la política de la institución no lo establece ni lo autoriza.</p> <p>No obstante, se ha procedido a facilitar los hábitos de higiene bucal en forma conjunta con el Programa de Alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se trabajó en conjunto con la Unidad de Gestión de Alimentación para incorporar en el tríptico que

<p>bucal en forma conjunta con el programa de alimentación de la institución (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.</p>		<p>es entregado a cada familia beneficiaria del PAE, conceptos de higiene y cuidados de Salud Bucal (se anexa).</p> <ul style="list-style-type: none"> - En las Escuelas Saludables para el Aprendizaje tanto del ciclo anterior (2002 - 2004), como del actual (2005- 2007), que por sus características socioeconómicas tienen el PAE y que incorporan el componente de Salud Bucal en sus actividades de promoción, se trabaja en la entrega de contenidos educativos en Salud Bucal. Además, estas escuelas autogestionan la adquisición de cepillos dentales y pastas dentales como parte de sus objetivos. - Se diseñó, reprodujo y distribuyó reglas con contenidos educativos de Salud Bucal a todos los niños beneficiarios del Programa de la Región Metropolitana. <p>DICIEMBRE 2005: Como informáramos en la respuesta anterior, la política institucional de JUNAEB se basa en la compra de servicios y productos para el cumplimiento de su misión. Aún cuando los organismos y servicios públicos pueden aceptar y recibir donaciones, el Programa de Salud Bucal se ha mantenido dentro del pronunciamiento de la Unidad de Asesoría Jurídica de la institución, en cuanto la política de JUNAEB no establece ni autoriza la obtención de donaciones por parte de terceros. No obstante, aunque los terceros a quienes se podrían solicitar donaciones no son muy numerosos, durante el presente año (2006) se intencionarán algunos contactos con empresas que pudieran efectuar algún tipo de donaciones.</p> <p>JUNIO 2006: Durante este año, comenzamos con las intenciones acordadas en el informe anterior. No obstante, una vez más Asesoría Jurídica de la institución nos hizo ver que JUNAEB no puede acceder a estas donaciones, debido a que la ley no nos autoriza, por lo que, estas gestiones fueron detenidas.</p>
--	--	---

		<p>En las observaciones a nuestro último Informe enviado, se nos hace ver que el sentido de recomendar contactos con privados "pasa a través de los municipios participantes" para que sean éstos los que canalicen donaciones hacia el Programa y en este contexto analizar dicha posibilidad. Al respecto, podemos informar a usted que aún cuando sean los municipios, corporaciones municipales y/o Servicios de Salud que mantienen convenios de colaboración con JUNAEB para la aplicación del Programa de Salud Bucal, los que soliciten donaciones para apoyar las actividades de éste, a los Coordinadores Provinciales y Regionales del Programa de Salud del Estudiante, por la variedad y cantidad de funciones inherentes a su cargo, no les resultaría posible realizar un seguimiento a este tipo de iniciativas que puedan realizar las contrapartes.</p> <p>ENERO 2007: Durante el segundo semestre del año 2006 se hicieron los contactos respectivos y se recibieron donaciones de las empresas Colgate, Unilever y Laboratorio Pasteur. Se adjuntan cartas de agradecimiento enviadas desde JUNAEB a estas empresas (enviadas en carta que adjunta medios de verificación en papel).</p> <p>JUNIO 2007: Las cartas de las empresas Colgate, Unilever y Laboratorio Pasteur que se solicitan, fueron ya enviadas adjuntas a la Carta nº 0320 (16/03/07) dirigida a la Sra. Jimena Federici del Departamento de Evaluación de la DIPRES (Colgate: Carta nº 1017; Unilever: Carta nº 1064; Laboratorio Pasteur: Carta nº 1123).</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> 1. Tríptico Programa de Alimentación Escolar</p>
--	--	--

		<p>JUNAEB 2005.</p> <p>2.Regla JUNAEB con contenidos de Salud Bucal.</p> <p>Carta de agradecimiento enviada desde JUNAEB a empresa Colgate.</p> <p>Carta de agradecimiento enviada desde JUNAEB a empresa Unilever.</p> <p>Carta de agradecimiento enviada desde JUNAEB a empresa Laboratorio Pasteur.</p>
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.</p> <p>6. Componente PAE fluorurado. Ampliación de cobertura.</p> <p>Continuar con la ampliación de la cobertura de este componente iniciada en el año 2004 al resto de las comunas rurales del país que no cuentan con agua potable fluorurada, atendiendo los buenos resultados de la experiencia piloto tanto en los aspectos técnicos como de bajo costo. Incorporar especialmente a la VIII Región, por su alto índice de caries en niños en edad escolar básica.</p>	<p>1. Implementar Componente PAE Fluorurado en comunas rurales sin agua potable fluorurada en regiones XI y XII.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2004</p>	<p>El PAE Fluorurado se desarrolló como Proyecto Piloto en las zonas rurales de la IX Región entre los años 2000 y 2003. Debido a los buenos resultados obtenidos, el MINSAL autorizó el establecimiento y expansión del Programa PAE Fluorurado en las zonas rurales de las comunas sin acceso a agua potable fluorurada de las regiones V, VI, VII, IX, X, XI, XII y Metropolitana (a través del Decreto Exento N° 991 del 30/12/2003).</p> <p>Durante el año 2004 y, basado en el Protocolo de Supervisión del Programa PAE Fluorurado, el cual forma parte de la autorización para la expansión del Programa, se realizaron las actividades necesarias para su implementación en coordinación con el MINSAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de las comunas beneficiarias de las regiones involucradas. - Orientaciones a JUNAEB regionales y Servicios de Salud respectivos. - Reuniones de coordinación con equipos de Salud Bucal, Nutrición y Servicio de Salud del Ambiente del MINSAL, donde se acordó iniciar la expansión en las regiones XI y XII. - Toma y análisis de muestras de agua de consumo de todas las escuelas rurales que formn parte del PAE-F en regiones XI y XII. - Exámenes clínicos de Caries y Fluorosis de una

		<p>muestra de niños que formarán parte del PAE-F.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación a actores involucrados en el correcto desarrollo del Programa en regiones XI y XII (equipos regionales de JUNAEB, empresas concesionarias, Servicios de Salud, manipuladoras). - Distribución de productos lácteos fluorurados a las regiones XI y XII. - Supervisión del Programa en regiones XI y XII. <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Exento 991, dic 2003 apruba ampliación de convenio colaboración MINSAL con JUNAEB para ampliar entrega alimentación enriquecida con fluor a escolares de las regiones V, VI, VII, IX, X, XI, XII y Metropolitana. Informes trimestrales y anual 2004 del PAE Fluorurado. Informes de resultados de estudio de caries y fluorosis de las regiones XI y XII.</p>
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.</p> <p>6. Componente PAE fluorurado. Ampliación de cobertura.</p> <p>Continuar con la ampliación de la cobertura de este componente iniciada en el año 2004 al resto de las comunas rurales del país que no cuentan con agua potable fluorurada, atendiendo los buenos resultados de la experiencia piloto tanto en los aspectos técnicos como de bajo costo. Incorporar especialmente a la VIII Región, por su alto índice de caries en niños en edad escolar básica.</p>	<p>2. Implementar Componente PAE Fluorurado en comunas rurales sin agua potable fluorurada en X región.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2005</p>	<p>Las actividades realizadas durante este período para implementar el componente PAE Fluorurado en la X región (comuna rural sin agua potable fluorurada) son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación empresas elaboradoras de productos lácteos fluorurados; análisis de productos elaborados; apoyo en obtención de la autorización para apoyo en obtención de la autorización otorgada por el MINSAL. - Toma y análisis de muestras de agua de consumo de escuelas rurales que formarán parte del PAE-F en la X región (pendientes del año 2004). - Exámenes clínicos de Caries y Fluorosis de una muestra de niños que formarán parte del PAE-F. - Capacitación a actores involucrados en el correcto desarrollo del Programa en la X región (equipo regional de JUNAEB, empresas concesionarias, SEREMI de Salud, manipuladoras). - Distribución de productos lácteos fluorurados a la X Región (provincias de Chiloé y Osorno).

		<p>Las provincias de Valdivia y Llanquihue quedaron pendientes debido a que hubo un cambio repentino de empresas concesionarias en estas zonas. Al respecto, hubo quiebre de las empresas concesionarias de las provincias de Valdivia y Llanquihue- Palena en Marzo de 2005, las cuales fueron reemplazadas recién en Abril luego de un proceso de licitación (incluso, esto ocasionó problemas en el desarrollo del PAE tradicional). Las nuevas empresas adjudicadas, tuvieron que ser capacitadas y, el problema principal para poder comenzar el PAE Fluorurado, se basó en que sus respectivas empresas abastecedoras (que son las que elaboran los productos lácteos fluorurados), aún estaban en proceso de adquirir la resolución del MINSAL que las autoriza específicamente, para la elaboración de leche fluorurada. Sin esta autorización, no se pueden distribuir los productos con flúor. El tiempo para adquirir esta resolución es de, aproximadamente, 4 meses, ya que requiere de varios pasos previos. JUNAEB apoyó a estas empresas en la solicitud de esta resolución y, además, las capacitó en la elaboración de los productos fluorurados (las empresa efectuaron pruebas de elaboración de manera de obtener la concentración de flúor autorizada para la distribución de éstos). Actualmente, todas las empresas elaboradoras cuentan con la resolución respectiva, la cual fue dictada recientemente (esta semana se publica en el Diario Oficial). Por lo descrito anteriormente, y con los avances a la fecha, las provincias de Valdivia y Llanquihue-Palena, comenzarán con el Programa en estos días.</p> <p>Durante este período, además, se realizaron actividades en otras regiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación a actores involucrados en el correcto desarrollo del Programa en regiones V, VI, VII y Metropolitana (equipos regionales de JUNAEB, empresas concesionarias, SEREMI de Salud,
--	--	---

		<p>manipuladoras).</p> <p>- Toma y análisis de muestras de agua de consumo de todas las escuelas rurales que formarán parte del PAE-F en las regiones V, VI y Metropolitana.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informe Enero- Junio 2005 PAE Fluorurado. 2. Informe resultados análisis muestras de agua regiones V, VI, X y Metropolitana. 3. Protocolo toma muestras de agua . 4. Informe resultados del análisis de productos lácteos fluorurados de empresas elaboradoras (MacroFood, Malalhue, Osiris, TKF). 5. Carta tipo dirigida a MINSAL solicitando autorización para nuevas empresas elaboradoras de productos lácteos fluorurados. 6. Cartas nº 182 y 183 (con fecha 04/02/05) dirigidas a las empresas concesionarias Distal y Osiris para dar inicio al Programa PAE Fluorurado en la X región, a partir de Marzo del 2005. 7. Carta GGI8/2005 (fecha: 08/02/05) de la empresa Distal, solicitando la factibilidad de iniciar el Programa a partir de Abril del 2005, debido a que, a esa fecha, ya se habían despachado los productos lácteos de consumo para Marzo (los cuales no eran fluorurados). 8. Carta nº 254 (fecha: 09/03/05) dirigida a la empresa Distal, en respuesta a la solicitud de comenzar la implementación del PAE Fluorurado en la X región, desde Abril. 9. Ordinario 667, septiembre 2005 del Director Nacional de JUNAEB a Director Regional X Región.
--	--	--

		<p>Autoriza implementación de PAE Fluorurado en las provincias de Osorno, Palena y Llanquihue.</p>
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN. 6. Componente PAE fluorurado. Ampliación de cobertura. Continuar con la ampliación de la cobertura de este componente iniciada en el año 2004 al resto de las comunas rurales del país que no cuentan con agua potable fluorurada, atendiendo los buenos resultados de la experiencia piloto tanto en los aspectos técnicos como de bajo costo. Incorporar especialmente a la VIII Región, por su alto índice de caries en niños en edad escolar básica.</p>	<p>3. Implementar Componente PAE Fluorurado en comunas rurales sin agua potable fluorurada en regiones V, VI, VII y Metropolitana.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>Durante el año 2005, a contar del mes de Marzo y hasta Diciembre, ambos meses incluidos, se realizaron las siguientes actividades previas y posteriores a la implementación del Programa PAE Fluorurado en las regiones V, VI, VII y Metropolitana:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visitas - Capacitaciones - Elaboración y distribución material de apoyo - Distribución material para toma muestras de agua en escuelas - Toma y análisis muestras de agua en escuelas - Reuniones con empresas elaboradoras de productos lácteos fluorurados - Inicio Programa en regiones V y Metropolitana (Septiembre) - Distribución productos lácteos fluorurados a escuelas rurales regiones V y Metropolitana. <p>Para las regiones VII y VI está programado implementarlo durante el 1º y 2º semestre de 2006, respectivamente.</p> <p>JUNIO 2006: La implementación del Programa PAE Fluorurado, tal como se mencionara en el informe anterior, se hizo efectiva en la VII región a partir de Marzo de 2006. En la VI región comenzará en Agosto del 2006.</p> <p>La implementación en la VI región comenzó en Agosto del 2006. En la práctica, la entrega de la leche fluorurada a los niños beneficiarios del Programa que estaba fijada para Marzo, experimentó un retraso debido a inconvenientes de parte del Servicio de Salud respectivo para la obtención y análisis de las muestras de agua, requisito fundamental de acuerdo al Protocolo de Vigilancia establecido en el Convenio firmado entre el Ministerio de Salud y JUNAEB.</p>

		<p>ENERO 2007: Se adjuntan Actas de Supervisión de escuelas con PAE Fluorurado de regiones V, VI, VII y Metropolitana (VI: escaneadas; V, VII y Metropolitana: en carta que adjunta medios de verificación en papel).</p> <p>JUNIO 2007: Las Actas de Supervisión del PAE Fluorurado solicitadas se adjuntaron en la Carta nº 0320 (16/03/07) dirigida a la Sra. Jimena Federici del Departamento de Evaluación de la DIPRES (se adjuntaron 2 Actas correspondientes a las escuelas de la V región, 2 de la VII región y 3 de la Región Metropolitana).</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Informe Anual PAE-F 2005</p> <p>Reporte del programa de Fluoruración de la leche en Chile (Enero-Junio 2006)</p> <p>Ordinario Nº 144 del 01.02.2006 Director Nacional a Director Regional VII Región1.Carta Nº 134 a Empresa Dipalsa S.A.2.Carta Nº 135 a Empresa Alicopsa S.A.3.Carta Nº 136 a Empresa Ferbas S.A.4.Carta Nº 137 a Empresa Compass Group y Compass Catering</p> <p>Ordinario Nº 721 del 05.06.2006 Director Nacional a Directora Regional VI Región1.Carta Nº 501 a Empresa Raciosil Alimentos S.A.2.Carta Nº 502 a Empresa Santa Cecilia S.A.3.Carta Nº 503 a Empresa Sodexho Chile S.A.4.Carta Nº 504 a Empresa Mirafiori S.A.5.Carta Nº 505 a Empresa Dipalsa S.A.</p> <p>Actas supervisión PAE Fluorurado escuelas V región.</p> <p>Actas supervisión PAE Fluorurado escuelas VI región.</p>
--	--	--

		<p>Actas supervisión PAE Fluorurado escuelas VII región.</p> <p>Actas supervisión PAE Fluorurado escuelas Región Metropolitana.</p>
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN. 7. Implementación de sistemas informáticos. Se recomienda desarrollar sistemas informáticos para conformar una base de datos que genere información de calidad y oportuna con relación a las prestaciones otorgadas. Ello implica construir una base de datos e informatizar el programa, con lo cual se podría, entre otros, trabajar con indicadores de gestión clínica.</p>	<p>1. Revisar y concordar con DIPRES matriz de marco lógico e indicadores de desempeño que sirvan de base para evaluar el desempeño del programa y realizar su posterior seguimiento.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2004</p>	<p>La Matriz de Marco Lógico e indicadores de desempeño del Programa fueron acordados y revisados por la DIPRES durante el proceso de evaluación del mismo (ver Informe Final, Anexos 1 y 2). Los indicadores están establecidos por el Programa de Salud Bucal en general y por cada uno de sus Componentes (Atención Odontológica Integral; Promoción de Salud Bucal; PAE Fluorurado), dando un total de 30 indicadores, con sus respectivos enunciados, medios de verificación, fórmulas de cálculo y periodicidad de medición.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Matriz de evaluación del Programa y matriz con indicadores cuantificados (Anexos 1 y 2 del Informe Final de Evaluación del Programa de Salud Bucal de JUNAEB, 2004).</p>
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN. 7. Implementación de sistemas informáticos. Se recomienda desarrollar sistemas informáticos para conformar una base de datos que genere información de calidad y oportuna con relación a las prestaciones otorgadas. Ello implica construir una base de datos e informatizar el programa, con lo cual se podría, entre otros, trabajar con indicadores de gestión clínica.</p>	<p>2. Cuantificar indicadores de desempeño incluidos en matriz de marco lógico del programa.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2005</p>	<p>Se envía matriz de marco lógico con la medición de los indicadores correspondiente al año 2004.</p> <p>JUNIO 2006: Se informan indicadores que aún no contaban con cuantificación.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Matriz de marco lógico con medición de indicadores: resultados 2004.</p> <p>Medición de indicadores</p>
II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.	3. Incorporar los indicadores de	Se incorporaron los indicadores de desempeño

<p>7. Implementación de sistemas informáticos. Se recomienda desarrollar sistemas informáticos para conformar una base de datos que genere información de calidad y oportuna con relación a las prestaciones otorgadas. Ello implica construir una base de datos e informatizar el programa, con lo cual se podría, entre otros, trabajar con indicadores de gestión clínica.</p>	<p>desempeño del Programa en el Sistema de Planificación y Control de Gestión (SIG) de la JUNAEB.</p> <p>Nota: El seguimiento posterior de este compromiso será realizado a través del proceso regular de validación del Sistema de Planificación/Control de Gestión de la JUNAEB.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2005</p>	<p>mencionados en el formato que se adjunta al Sistema de Planificación y Control de Gestión (SIG) de JUNAEB.</p> <p>El indicador "Porcentaje de Establecimientos adscritos a módulo dental con IVE mayor a 30" será incorporado, según corresponda, en el SIG 2005.</p> <p>JUNIO 2006: Se construyó indicador "Porcentaje de Establecimientos adscritos a módulo dental con IVE mayor a 43" y se envió a la Unidad de Control de Gestión Interna para su incorporación al SIG de JUNAEB. El indicador aparecerá incorporado en Informe SIG 2006.</p> <p>ENERO 2007: Se adjunta página nº67 del Manual de Indicadores de Gestión, donde aparece el indicador, como parte de los indicadores del SIG de JUNAEB(en carta que adjunta medios de verificación en papel).</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Formato Indicadores del Sistema de Planificación y Control de Gestión (SIG) de JUNAEB.</p> <p>Manual de Indicadores de Gestión de JUNAEB (página nº 67).</p>
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.</p> <p>7. Implementación de sistemas informáticos. Se recomienda desarrollar sistemas informáticos para conformar una base de datos que genere información de calidad y oportuna con relación a las prestaciones otorgadas. Ello implica construir una base de datos e informatizar el programa, con lo cual se podría, entre otros, trabajar con</p>	<p>4. Elaborar términos de referencia conducentes al diseño de un sistema informático para el Programa, que entregue información base para construir indicadores de matriz de marco lógico y del Sistema de Planificación y Control de Gestión (SIG) institucional.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2004</p>	<p>El Programa de Salud Bucal no cuenta con un Sistema Informático establecido. Si bien se ha solicitado su implementación, conscientes de su importancia y necesidad, no ha existido el presupuesto requerido para instaurarlo. Sin embargo, el Programa maneja bases de datos digitales, basados en los REMA (Resumen Mensual de Actividades). La fuente de información para el seguimiento y monitoreo lo constituyen las Fichas Clínicas, los formularios diarios y mensuales y encuestas que se realizan cada dos años para</p>

<p>indicadores de gestión clínica.</p>		<p>obtener indicadores de calidad del Programa. Los formatos manuales se manejan a nivel de los Módulos Dentales solamente y son la base para los registros digitales del Programa (procesados en la Dirección Nacional). La base de datos cuenta con abundante información estadística respecto de las actividades realizadas, y, además, permite obtener los indicadores que maneja la institución y que son parte del Sistema de Planificación y Control de Gestión (SIG).</p> <p>Como ya se ha mencionado anteriormente, la Matriz de Marco Lógico e indicadores de desempeño del Programa fueron acordados y revisados por la DIPRES durante el proceso de evaluación del mismo (ver Informe Final, Anexos 1 y 2). En caso de contar con un Sistema Informático, estos indicadores deberán ser parte de las salidas, obtenidos a través de los registros requeridos del Programa.</p> <p>En el año 1999 el Programa diseñó el Formulario Único de Atención Odontológica (FUAO), como base para un futuro Sistema Informático. Incluso, dicho formulario fue probado en el Módulo Dental de Puente Alto (Región Metropolitana), y, posteriormente, corregido para obtener la información requerida. Del mismo modo, durante el año 2003 fue perfeccionado por la Unidad de Informática de JUNAEB en conjunto con los Odontólogos Coordinadores del Programa de la Dirección Nacional.</p> <p>La elaboración de los Términos de Referencia para el diseño de un Sistema Informático para el Programa de Salud Bucal requiere de pasos previos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar FUAO actual. 2. Determinar salidas del sistema, en base a indicadores acordados con la DIPRES. 3. Catastro a nivel nacional de Módulos Dentales con computador.
--	--	--

		<p>Es importante considerar que la instalación de este sistema requiere necesariamente, que el proveedor o prestador de servicios cuente con computador. Debido a la realidad de los Módulos Dentales del país, el presupuesto solicitado para instalar el sistema en los Módulos actualmente operantes debería incluir computadores para los que no cuentan con uno (en el caso de prestadores futuros, uno de los requisitos para su funcionamiento deberá incluir un computador).</p> <p>La estructura básica del sistema consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Módulos Dentales: en ellos permanece la Ficha Clínica y estos datos se traspasan al FUAO digital. - Proveedor: Programa que registra atenciones y crea un archivo con datos. Envía disquette a Direcciones Regionales JUNAEB. - Coordinadores Salud regionales: Programa que carga archivo con datos. También se pueden ingresar datos referentes a costo material educativo, despachos de artículos, listado de profesionales, etc. - Coordinadores Salud Bucal Dirección Nacional: idem a Coordinadores regionales, pero con datos e indicadores de todo el país. <p>Se adjuntan Términos de Referencia diseñados, los cuales estarán sujetos a la disponibilidad presupuestaria institucional (ANEXO N° 6).</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Términos de referencia para el diseño del Sistema Informático para el Programa de Salud Bucal de JUNAEB (2004).</p>
<p>II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN. 7. Implementación de sistemas informáticos. Se recomienda desarrollar sistemas</p>	<p>5. Implementar sistema informático que entregue información base para construir indicadores de matriz de marco lógico y del Sistema de</p>	<p>La implementación del sistema informático está sujeta a la disponibilidad presupuestaria institucional. Al respecto, el presupuesto 2005 no incluyó recursos para este ítem. No obstante, en el</p>

<p>informáticos para conformar una base de datos que genere información de calidad y oportuna con relación a las prestaciones otorgadas. Ello implica construir una base de datos e informatizar el programa, con lo cual se podría, entre otros, trabajar con indicadores de gestión clínica.</p>	<p>Planificación y Control de Gestión (SIG) institucional, de acuerdo a cronograma establecido en los términos de referencia.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2005</p>	<p>presupuesto 2006 se incluyó la solicitud del Sistema Informático para el Programa de Salud Bucal.</p> <p>No obstante lo anterior, se realizó el catastro en los Módulos Dentales del país, en relación a equipos, acceso y tipo de acceso a internet.</p> <p>DICIEMBRE 2005: En la respuesta que nuestro Programa enviara (19/08/2005) respecto del Informe mencionado, se informa que "es importante considerar que la instalación de este sistema requiere necesariamente que el proveedor o prestador de servicios cuente con computador. Debido a la realidad de los Módulos Dentales del país, el presupuesto solicitado para instalar el sistema en los Módulos actualmente operante debería incluir computadores para los que no cuentan con uno" (en el caso de prestadores futuros, uno de los requisitos para su funcionamiento deberá incluir un computador). Este último aspecto ya está incorporado en los Términos de Referencia que regirán el próximo concurso de proyectos para convenios de colaboración de atención dental 2006 (VI.1.1.d).</p> <p>En el año 2005 se realizó una Encuesta a los 129 Módulos existentes a esa fecha, resultando que solamente 34 disponían de computador y 16 de ellos con conexión a internet. Esta encuesta se volvió a enviar (24/01/2006) para actualizar datos y tener, además, la información de los 27 Módulos que se incorporaron después (esta información aún no se ha recibido completamente por el período de vacaciones del personal de los Módulos).</p> <p>Consecuentes con este compromiso y con el propósito de hacer varios años de contar con un sistema informático para el PSB, en la petición de presupuesto 2006 se incluyó la "Petición de Presupuesto para Sistema Informático (incluido inversión) Programa de Salud Bucal, Identificación presupuestaria 29.07.002; por un monto de M\$</p>
--	--	---

		<p>70.000.- (software + equipamiento de Módulos Dentales). Considerando que este presupuesto no fue otorgado, atendiendo al propósito perseguido desde hace varios años de contar con un sistema informático para el Programa de Salud Bucal, en Marzo de 2005 se solicitó a la Unidad de Sistemas de JUNAEB la construcción de un sistema, petición que comenzó su desarrollo en Septiembre, encontrándose a la fecha en una etapa que permitiría implementar una experiencia Piloto (entre Marzo y Junio, siempre que se contara con los computadores y recursos para digitación previstos para este efecto).</p> <p>JUNIO 2006: Durante el segundo semestre del año 2005, se trabajó en conjunto con la Unidad de Sistemas, logrando construir el sistema y validarlo en la Dirección Nacional, en la Dirección Regional Metropolitana y en el Módulo Dental Marcela Paz (Recoleta). Además, la Unidad de Control de Gestión Interna hizo un estudio para establecer el proceso de implementación del Sistema de Salud Bucal y los recursos necesarios para realizar 1º un piloto, y, posteriormente, su implementación en todos los Módulos Dentales del país. Paralelo a esto, se hizo un nuevo catastro de equipos computacionales y acceso a banda ancha en los Módulos Dentales del país (debido a que este Sistema requiere que exista un PC en cada Módulo). Se otorgaron recursos para entregar computadores en 12 Módulos Dentales del país (regiones V, VI, VII, XI y Metropolitana). Actualmente, el Sistema Informático se encuentra implementado como piloto en estas regiones.</p> <p>Para lograr esta implementación, además de probar el sistema en el Piloto en algunos Módulos Dentales de las regiones V, VI, VII, XI y Metropolitana, se requiere contar con los recursos necesarios para implementarlo en los Módulos Dentales que no cuentan con el equipamiento ni con la instalación de los sistemas de internet apropiados para las</p>
--	--	---

		<p>diferentes localidades del país.</p> <p>El Piloto se realizará en los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre de 2006, en las regiones mencionadas.</p> <p>ENERO 2007: Se realizó piloto del Sistema Informático. La implementación en las demás regiones depende de los recursos necesarios para la adquisición de computadores para todos los Módulos Dentales del país.</p> <p>JUNIO 2007: Este compromiso sólo se podrá concretar cuando se disponga de computadores en todos los Módulos Dentales del país, lo que no se ha podido realizar por falta de asignación de recursos para ello. En el presupuesto exploratorio 2008 la institución volvió a solicitar estos recursos.</p> <p>MARZO 2008: La institución solicitó, en el presupuesto 2008, los recursos para los computadores que faltan en los Módulos Dentales para la implementación del Sistema Informático de Salud Bucal. Sin embargo, estos recursos no fueron otorgados. La institución está buscando alternativas para la adquisición de dichos computadores, ya que la implementación del sistema, sólo depende de esto.</p> <p>JUNIO 2008: Al 30 de Junio, el Programa de Salud Bucal adquirió una cantidad parcial de la dotación de computadores necesarios para ser entregados a los Módulos Dentales del país. Esta adquisición se realizó formando parte del material destinado al apoyo de la gestión clínica de los Módulos Dentales. Se adquirieron 100 computadores y la Institución se encuentra efectuando su distribución en los módulos dentales, priorizando aspectos como volumen de atención de usuarios y nivel de vulnerabilidad de las comunas.</p> <p>Al 05/09/2008 los computadores ya fueron</p>
--	--	--

	<p>distribuidos y la implementación se encuentra en período de prueba, por lo tanto, próximamente se espera que el sistema esté operativo en algunas regiones del país.</p> <p>DICIEMBRE 2008: Al 31 de Diciembre de 2008 la empresa desarrolladora (Technologies) no ha cumplido con los plazos de entrega, por lo tanto, el sistema informático no pudo comenzar a operar.</p> <p>DICIEMBRE 2009: Durante el año 2009, se logró contar con los recursos para entregar computadores al 100% de los Módulos Dentales del país, los cuales serán distribuidos el primer trimestre del año 2010.</p> <p>Respecto al desarrollo del Sistema Informático de Salud Bucal, la empresa Technologies no cumplió con el compromiso de su desarrollo, por lo tanto, éste no pudo comenzar a operar. Se elaborarán nuevas Bases para licitar este servicio en el primer trimestre del año 2010.</p> <p><u>Observación:</u> Pendiente hasta la implementación del sistema informático de Salud Bucal.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Términos de Referencia técnicos para la atención odontológica en Módulos Dentales JUNAEB</p> <p>Formulario E presupuesto 2006 Programa de Salud Bucal JUNAEB.</p> <p>Formato Encuesta computadores</p> <p>Situación del proceso de implementación del Sistema de Salud Bucal, Unidad de Control de Gestión Interna 10/01/2006</p> <p>Formato Encuesta Sistema Informático Módulos 2006</p>
--	---

		<p>Resultados Encuesta Sistema Informático Módulos 2006</p> <p>Ficha datos Sistema Informático Módulos 2006</p> <p>Ordinarios N° 278 del 13/03/2006; 331 del 16/03/2006; 361 del 24/03/2006; 694, 695, 696 del 01/06/2006; 769 del 15/06/2006; 909, 910, 911, 912 del 27/06/2006 indicando distribución de computadores para Módulos Dentales de las regiones V, VI, VII, XI y Metropolitana respectivamente.</p>
--	--	---