

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

SECRETARÍA MUNICIPAL

APRUEBA CONVENIO MEJORAMIENTO DEL
ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLOGÍCA
SUSCRITO c/SERVICIO DE SALUD
DECRETO ALCALDÍCIO N° 2015
DALCAHUE, 13 de agosto de 2024

VISTOS: La Resolución Exenta N° 5277 del Servicio de Salud Chiloé, del 04 de junio de 2024; el Decreto Alcaldicio N° 548 del 07 de marzo de 2022, que nombra titular en el cargo de Alcalde de la Comuna a don ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR basado en la sentencia firme y ejecutoriada Rol 1459-2021; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

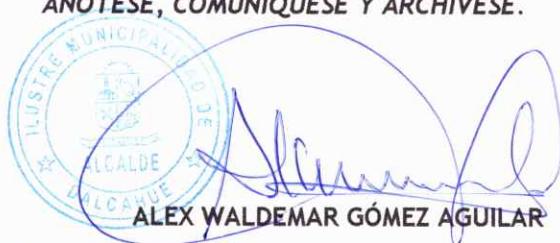
APRUÉBASE: En todos sus puntos el “Convenio Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica” suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, representada por su Alcalde don Alex Waldemar Gómez Aguilar y el Servicio de Salud Chiloé representada por la Directora doña Marcela Cárcamo Hemmelmann y Acéptase la transferencia de la suma anual y única de \$43.968.774.- (cuarenta y tres millones novecientos sesenta y ocho mil setecientos sesenta y cuatro pesos) en 2 cuotas, siendo la primera cuota del 70% del valor total ascendiente a \$30.778.142.- (treinta millones novecientos sesenta y ocho mil setecientos setenta y cuatro pesos).



CLARA INÉS VERA GONZÁLEZ

SECRETARIA MUNICIPAL

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR

ALCALDE DE LA COMUNA

DISTRIBUCIÓN:

Departamento Salud Municipal, Corporación Municipal
Dirección de Administración y Finanzas
Secretaría Municipal
Archivo Concejo
Transparencia
Of. Partes

RESOLUCION EXENTA N°

5277 ✓

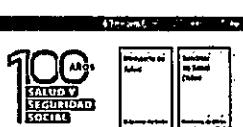
CASTRO, 04 JUN. 2024

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El **Convenio**

Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica, suscrito con fecha 6 de mayo de 2024 entre el **Servicio de Salud Chiloé y la Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta N° 102 del 02 de febrero de 2021, que aprueba el Programa **Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica**, Resolución Exenta N° 83 del 26 de enero de 2024, que aprueba los recursos 2024 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el D.F.L. N° 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979; Ley 19.378; Ley 20.229 de 2007 que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Chiloé; Ley 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado; Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. N° 1 del 13 de febrero de 2008 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 28 de junio de 2008, que crea el Servicio de Salud Chiloé; lo previsto en la Resolución N° 7 del 2019 y Resolución N° 14 del 2022, ambas de la Contraloría General de la República y D.A. N° 49 de fecha 13 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud. **CONSIDERANDO:** 1.- Resolución Exenta N° 83 del 26 de enero de 2024, que aprueba los recursos 2024 para el Programa. 2.- Que es necesario aprobar y trasferir recursos en base al presupuesto 2024, para financiar el Programa de Reforzamiento Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica 2024, cuyo propósito es contribuir con el Plan de Salud Oral a través de estrategias que facilitan el acceso de los grupos más vulnerables a la atención odontológica en APS. 3.- Que, El Servicio ha modificado cláusulas del convenio para ajustarse a la legislación vigente, acoger alcances de la Contraloría Regional de los Lagos y perfeccionar el cumplimiento del mismo. 4.- Dado lo anteriormente expuesto, es que a este Servicio de Salud le asiste la necesidad de aprobar el Convenio **"Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica"** suscrito con fecha 6 de mayo de 2024 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE y la ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta N° 83 del 26 de enero de 2024 del Ministerio de Salud. 5.- Que, en base a lo razonado anteriormente se debe necesariamente dejar sin efecto la Resolución Exenta N° 676 del 07 de febrero de 2022 y Resolución Exenta N° 1394 del 23 de febrero de 2023, ambas del **Servicio de Salud Chiloé**. 6.- En mérito de los argumentos antes indicados, acogiendo razones de buen servicio, y a fin de que produzca todos sus efectos como en derecho corresponde, dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN

- 1. APRUÉBASE, "CONVENIO MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA"** suscrito con fecha 6 de mayo de 2024, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE y la ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, en virtud del cual el Servicio de Salud Chiloé conviene en asignar recursos, los que han sido aprobados mediante Resolución



CONVENIO
PROGRAMA MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
ENTRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE
Y
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 6 de mayo de 2024 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su Directora **D. Marcela Cárcamo Hemmelmann**, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N°105, de la comuna de Dalcahue, representada por su Alcalde **D. Alex Waldemar Gómez Aguilar**, de ese mismo domicilio, en adelante la "**Municipalidad**", se ha acordado celebrar un Convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se imparten con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la "Municipalidad", su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6º del Decreto Supremo N° 35 del 26 de diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

Por último, se indica que, mediante la dictación de Resolución Exenta N°01858 de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtitulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e Incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa:

Programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica aprobado por Resolución Exenta N° 102 del 02 de febrero de 2021, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 83 del 26 de enero de 2024, ambas del Ministerio de Salud.

Además, si se disponen, se complementa con las Orientaciones Técnicas del Programa. El Programa y sus Orientaciones Técnicas, de estar disponibles, se entienden forma parte integrante del convenio, el que la "Municipalidad" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento, el que se encuentra disponible en la página WEB Institucional del "Servicio" (<https://sschi.redsalud.gob.cl/>).



TERCERA: De las orientaciones técnicas. El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento Programa según lo siguiente:

Tabla 1

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	META
1	Resolución de especialidades odontológicas en APS	Endodoncias en APS	20
		Prótesis en APS	20
2	Atención odontológica de Morbilidad	Consultas de morbilidad odontológica en dos jornadas de extensiones horarias a mayores de 20 años	3840 actividades recuperativas en consulta de morbilidad en extensión horaria a mayores de 20 años

ANTECEDENTES

Nuestro Sistema de Salud ha priorizado la atención odontológica en niñas, niños, adolescentes, embarazadas, y adultos de 60 años. Sin embargo, al priorizar a estos grupos se ve limitado el acceso a la atención odontológica de los jóvenes, adultos y personas mayores. En los casos en que se puede brindar la atención, ésta se ve restringida por el horario, hasta las 17 horas, siendo generalmente incompatible con las actividades estudiantiles y laborales.

El programa "Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica" agrupa todas las actividades o prestaciones destinadas a mejorar la disponibilidad de atención de nuestros usuarios en horarios compatibles y a resolver demanda de algunas de las especialidades más requeridas por la red que pueden desarrollarse en la Atención Primaria de Salud.

JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

La atención odontológica en APS desde un comienzo ha trabajado de manera importante las acciones de promoción y prevención en la población, con énfasis prioritario en población Infantil, aspecto que también incluye el programa, con estrategias costo efectivas que buscan, con una mirada en el mediano y largo plazo, disminuir la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal, y así, el nivel de daño de nuestra población. Sin embargo, también es necesario hacerse cargo de la necesidad de atención y resolución oportuna y eficiente de la demanda por atención dental en la población adulta. Es así como a partir del año 1999, mediante programas que vienen a reforzar la cartera de prestaciones de APS (PRAPS), se incorporan las estrategias de Endodoncia y Prótesis Removible, dirigida a población mayor de 15 años para endodoncia, y mayor de 20 años, en Prótesis Removible, sumándose además estrategias como la Morbilidad odontológica en personas mayores de 20 años, que fortalecen la atención dental y permiten que ésta sea más resolutiva, acercando la atención odontológica general y de especialidad a la población beneficiaria, garantizando la continuidad de la atención y satisfacción usuaria. Sin embargo, la demanda por este tipo de atención de especialidad es alta y, a su vez, es complejo controlar los costos de operación para su implementación (no están garantizadas dentro del Plan de Salud Familiar), por lo que finalmente se hace necesario derivar a otros niveles de atención, generando listas de espera y largos tiempos de espera para tratamiento.



Es en este marco que el 2020 se incorpora una nueva estrategia, de tratamientos periodontales, al componente 1 del programa, ligado, además al manejo de personas con comorbilidades, considerando que la diabetes es un factor de riesgo para la periodontitis y que la terapia periodontal puede contribuir a reducir los niveles de hemoglobina glicosilada en los pacientes con periodontitis.

Programa	Componente	Estrategia
MEJORAMIENTO DEL ACESO A LA ATENCIÓN ODONTOLOGICA	1.-Resolución de especialidades odontológicas en APS.	1.1.- Endodoncias en APS en población de 15 años o más 1.2.- Prótesis removibles en APS en población de 20 años o más 1.3.- Tratamiento Periodontal en APS en población de 15 años o más
	2.- Acercamiento de la atención odontológica a través de clínicas móviles a poblaciones de difícil acceso.	2.1.- Clínicas dentales móviles para realizar actividades recuperativas en poblaciones de difícil acceso
	3.- Promoción y prevención de la salud bucal en CECOSF	3.1.- Apoyo odontológico a CECOSF (con y sin sillón dental).
	4.- Atención Odontológica de Morbilidad en el Adulto.	4.1.- Actividades de morbilidad odontológica a población adulta de 20 años y más en horarios compatibles con el usuario en modalidad de extensión horaria, según programación.



COMPONENTE N° 1: RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN APS

a) Antecedentes

Dentro de las atenciones de especialidad más demandadas en odontología se encuentran los tratamientos de endodoncia y rehabilitación oral. Al ser especialidades que se pueden resolver en la APS, y a manera de descongestionar las Listas de Espera, desde 1999 se crea la Estrategia Endodoncia en APS y la Estrategia Prótesis en APS, las cuales destinan recursos para tratamientos de endodoncia y rehabilitación oral mediante prótesis removibles, respectivamente, realizadas principalmente por odontólogos generales capacitados o especialistas. Desde el 2020, se incorpora la atención de tratamientos de mayor complejidad realizados exclusivamente por especialistas, con registro en la Superintendencia de Salud, para realizar tratamientos de endodoncia, periodoncia y rehabilitación oral mediante prótesis removibles. En el caso particular de tratamientos de periodoncia distribuidos en zonas rurales o de alta dispersión geográfica, a partir del 2022, se permitió que sean realizados por odontólogos que acrediten estar cursando la especialidad de periodoncia, a través de un certificado de alumno regular proporcionado por la entidad educacional.

Por otra parte, es de suma relevancia mencionar que la diabetes mellitus, particularmente en personas descompensadas, puede aumentar a más del doble el riesgo de estadios más severos de periodontitis. A su vez, la inflamación crónica provocada en el tejido periodontal es capaz de empeorar el control metabólico de la diabetes mellitus. Se ha descrito que el tratamiento periodontal contribuye a mejorar la compensación de la patología y reduce la inflamación sistémica de personas con diabetes mellitus, al disminuir los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1C). De este modo, el tratamiento periodontal no solo mejora el estado de salud oral, sino también podría reducir el riesgo de las complicaciones macro y microvasculares asociadas.

b) Estrategias

- 1.1.- Endodoncias en APS en población de 15 años o más
- 1.2.- Prótesis Removibles en APS en población de 20 años o más
- 1.3.- Tratamiento Periodontal en APS en población de 15 años o más

c) Criterios de Inclusión

- Beneficiario legal del sistema público de salud (FONASA y/o PRAIS).
- 15 años o más para endodoncia y periodoncia y 20 años o más para prótesis removibles
- Registro en Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) para la especialidad.
- Cumplir con los criterios de inclusión definidos en los Protocolos de Referencia y contrareferencia nacionales, para tratamientos de endodoncia, periodoncia y rehabilitación con prótesis removible

Se exceptúan embarazadas, que tienen su garantía para las especialidades de endodoncia, prótesis removible y periodoncia en el nivel secundario, a través del GES Salud Oral Integral de la persona gestante.

Criterios clínicos para la atención de endodoncia por odontólogos generales:

- Diente permanente con patología pulpar irreversible o patología periapical,



sin tratamiento endodóntico previo.

- Diente con anatomía unirradicular con curvatura entre 0 y 10° (clasificación leve Schneider).
- Diente con cámara y canal visible radiográficamente en toda su extensión.
- Diente rehabilitable a través de restauraciones directas.
- Diente con posibilidad de aislar de manera absoluta con técnicas convencionales.

Criterios clínicos para la atención de endodoncia por odontólogos especialistas:

- Todos los criterios de inclusión para derivar a Odontólogos Generales que realizan atenciones de especialidad en programas de Reforzamiento.
- Diente permanente y/o permanente joven (Anterior, Premolar o Molar) con patología pulpar irreversible, patología periapical (aguda o crónica) y/o que requiera retratamiento endodóntico.
- Diente con Traumatismo Dentoalveolar (TDA) que requiera evaluación, seguimiento y/o tratamiento.
- Diente permanente o permanente joven con reabsorción radicular externa y/o interna.
- Diente permanente o permanente joven con complicaciones anatómicas, por ejemplo, dientes con bl o trifurcaciones, curvas acentuadas y/o calcificaciones, etc.
- Diente permanente que presente alguna complicación, como perforaciones¹¹, fractura de instrumento o similar.
- Diente permanente que no cumpla con alguno de los criterios anteriores, pero que por motivos de indicación médica no puedan ser sometidos a extracción (radioterapia, quimioterapia, bifosfonatos u anticuerpos monoclonales).
- Diente permanente sin patología pulpar, pero con necesidad de tratamiento de endodoncia por indicación protésica, según indicación.

Criterios clínicos para la atención de prótesis parcial removible por odontólogos generales:

- Desdentamiento parcial confinado a uno o ambos arcos.
- Compromiso mínimo del diente pilar (Buena relación corono radicular, soporte óseo suficiente, movilidad grado 1 como máximo, salud periodontal, ausencia de lesiones peripapcales).
- Oclusión estable, entendiéndose ésta como la relación o posición máxilo mandibular dentaria fisiológica (no adaptativa) que se mantiene en la misma ubicación repetidamente.
- Existencia de soporte posterior.
- Brechas o vanos desdentados maxilares y/o mandibulares anteriores que NO involucre más de dos incisivos maxilares o los cuatro incisivos mandibulares.
- Cualquier brecha o vano desdentado posterior uni o bilateral que NO exceda dos premolares o un premolar más un molar o un canino.
- Espacios protésicos (vanos) mínimo 5 mm desde reborde alveolar a pieza antagonista y mesio- distal que permita reponer pieza perdida correspondiente.
- Rehabilitación protésica NO requiere modificar la dimensión vertical.
- Rehabilitación protésica NO requiere algún tipo de cirugía o preparación pre protésica.

Criterios clínicos para la atención de prótesis parcial removible por odontólogos especialistas:

- Todas las indicaciones contempladas para odontólogo general.
- Inestabilidad oclusal.
- Guía anterior no funcional.

- Pérdida soporte posterior (extremos libres).
- Necesidad de restablecer la oclusión con cambios de dimensión vertical.
- Dientes remanentes con desgaste oclusal severo con posible alteración de la dimensión vertical.

Criterios clínicos para la atención de prótesis total removible por odontólogos generales:

- Paciente desdentado total superior y parcial inferior que puede ser tratado con técnicas prostodónticas convencionales.
- Relación maxilo mandibular que permita una articulación dental normal (Angle clase I).
- Morfología de reborde alveolar residual que permita resistir el movimiento vertical y horizontal de la base protésica (Tipo III de Atwood).
- Localización de inserciones musculares favorables (bajas) o que comprometen mínimamente a la estabilidad y retención de la base protésica.
- Mucosa bucal libre de lesiones. En casos determinados como patológicos o sospecha derivar previamente a patología oral o cirugía maxilofacial según protocolos locales.
- Rebordes alveolares residuales sanos (casos sospechosos de patología ósea subyacente o confirmadas por estudios radiográficos, derivar previamente a cirugía maxilofacial).

Criterios clínicos para la atención de prótesis total removible por odontólogos especialistas:

- Todas las indicaciones contempladas para el odontólogo general, incluyendo casos de
- Mayor complejidad como:
 - I. Espacio entre arcos limitados y/o alteraciones temporomandibulares.
 - II. Relación maxilo mandibular de Angle clase I, II o III.
 - III. Inserciones musculares (altas) que comprometen la retención y estabilidad de la base protésica.
 - IV. Presencia de lesiones en mucosa bucal como épulis fisurado, estomatitis subprotésica, queilitis angular, úlcera traumática.
 - V. Morfología del reborde alveolar residual que ofrece una mínima o nula resistencia al movimiento de la base protésica (Clase V o VI de Atwood). Evaluar la necesidad de tratamiento implantoasistido.

Criterios clínicos para la atención de periodoncia por odontólogos especialistas:

- Presencia de pérdida de inserción clínica mayor o igual a 5 mm.
- Profundidad de sondaje mayor o igual a 6mm (EPB códigos 3 - 4)
- Compromiso de furca grado II o III (EPB *)
- Evidencia de pérdida ósea radiográfica mayor o igual a 50% de la superficie radicular.
- Pérdida dentaria por historia de periodontitis.
- Presencia de pérdida ósea vertical mayor o igual a 3 mm.
- Todo paciente derivado del programa cardiovascular y fumadores de más de 10 cigarrillos diarios con pérdida de inserción y signos clínicos de inflamación asociados.
- Pacientes que presenten sospecha de periodontitis, y que sean candidatos a ser rehabilitados con implantes óseointegrados (IOI) deben ser derivados inicialmente a la especialidad.

d) Definición de Productos Esperados

Endodoncia en APS:

- Endodoncias de menor complejidad realizadas por odontólogos generales capacitados o Especialistas en endodoncia: Tratamiento de endodoncia, principalmente en dientes anteriores o premolares, que tengan esta indicación de tratamiento.
- Endodoncias de mayor complejidad realizadas por Endodoncistas: Realizadas principalmente en molares, dientes anteriores y/o premolares que presenten complejidades anatómicas o terapéuticas, que tengan esta indicación de tratamiento.

Prótesis en APS:

- Prótesis removibles de menor complejidad realizadas por odontólogos generales capacitados o Especialistas en Rehabilitación oral: Rehabilitación oral mediante la confección de prótesis removibles metálicas o acrílicas, en pacientes desdentados parciales o totales, que pueden ser tratados con técnicas prostodónticas convencionales.
- Prótesis removibles de mayor complejidad o que requieren mayor costo de laboratorio, realizadas por Rehabilitadores Orales: Rehabilitación oral mediante la confección de prótesis removibles, de preferencia metálica, en pacientes desdentados parciales con pérdida de soporte posterior o que necesitan restablecer la oclusión con cambios de dimensión vertical, o bien, Desdentados totales cuyos rebordes alveolares ofrecen una mínima resistencia al movimiento de la prótesis.

Tratamiento Periodontal en APS:

- Tratamiento Periodontal, realizado por Periodoncista u odontólogos que acrediten estar cursando la especialidad: considera el examen periodontal completo y diagnóstico específico, así como el tratamiento no quirúrgico que se requiera
- Controles Periodontales, 2 controles posteriores que consideran (i) el control después de la última sesión de tratamiento y (ii) el control periodontal en la terapia de mantención, su periodicidad se determina según las condiciones de cada usuario, considera los controles por especialistas/estudiantes en periodoncia.

e) Definiciones Operativas

Endodoncia en APS:

Se debe seleccionar al usuario que, cumpliendo con los criterios de referencia nacional y/o local, posea un diente factible de ser restaurado de forma definitiva, posterior a la endodoncia, idealmente en la atención primaria.

Se debe informar al paciente el motivo del tratamiento endodóntico y el procedimiento a ejecutar. Se deben realizar al menos las siguientes Radiografías:

- Radiografía Previa
- Radiografía de Control de Longitud
- Radiografía Final

Posterior al tratamiento endodóntico, se debe realizar al menos 1 control antes de derivar para la restauración definitiva.



• **Prótesis en APS:**

Se realiza tratamiento de rehabilitación oral mediante la confección de prótesis removible, ya sea metálica o acrílica, en usuarios que cumplan con los criterios de referencia nacionales y/o locales. El paciente seleccionado debe tener previamente el tratamiento de APS finalizado, lo que incluye: instrucción de higiene oral, ausencia de enfermedad periodontal activa con su terapia de mantenimiento correspondiente y ausencia de caries.

Posterior a la instalación de la(s) prótesis removibles se debe realizar al menos 2 controles.

• **Tratamiento Periodontal en APS:**

El Periodoncista u odontólogo que curse la especialidad debe realizar una evaluación periodontal completa y el diagnóstico de la condición periodontal del usuario, necesidad de radiografía, eliminación y/o corrección de factores locales, pulido radicular si fuera necesario y todo el tratamiento no quirúrgico que se requiera, **con al menos 2 controles posteriores a la terapia.**

f) Priorización

Endodoncia en APS:

- Beneficiarios/as de la estrategia "Atención Odontológica Integral a Estudiantes de enseñanza Media".
- Usuarios que provengan de las instituciones en convenio y que se encuentren ingresados a la Lista de Espera de la Especialidad.
- Lista espera en SIGTE coordinado con centro referencia.

Prótesis en APS:

- Usuarios que provengan de las instituciones en convenio y que se encuentren ingresados a la Lista de Espera de la Especialidad.
- Lista espera en SIGTE coordinado con centro referencia.

Tratamiento Periodontal en APS:

- Usuarios de 35 a 54 años, de preferencia con Diabetes Mellitus descompensados y/o escaso control metabólico, Ingresados a la Estrategia Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP).
- Lista de Espera SIGTE.

g) Registro e indicadores

Son beneficiarios/as de estas estrategias aquellos usuarios que se encuentren **ingresados** en el Sistema Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), priorizándose aquellos pacientes con mayor data de Solicitud de Interconsulta (SIC).

A su vez, el Servicio de Salud deberá establecer la coordinación, supervisión y monitoreo permanente del proceso de registro de la demanda para Consulta Nueva de Especialidad (CNE) generada en APS, así como la resuelta por estas estrategias y del Programa Odontológico Integral, con el fin de poder mantener actualizadas las Listas de Espera No GES por CNE. Todo beneficiario una vez atendido, deberá ser **egresado** según las especificaciones descritas en la Norma Técnica N° 118 vigente para la Gestión del Registro de Listas de Espera y sus actualizaciones.

Toda publicación realizada para los egresos de la LE deberá cautelar la existencia de los respaldos de información exigidos por la misma Norma y sus actualizaciones, para la Gestión del Registro de Listas de Espera.



La evaluación del programa se realiza con la información disponible en la fecha de corte en el Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS). Esta información proviene del Registro Estadístico Mensual (REM), y debe estar actualizada puesto que no se considerarán modificaciones posteriores a la fecha de evaluación.

En el REM A09 sección G, se debe registrar toda la información del componente Resolución de especialidades odontológicas en APS, tanto las realizadas por odontólogo general como las realizadas por especialista. Para la evaluación del programa el numerador se obtiene de los tratamientos realizados y el denominador los comprometidos, en ambos casos se suman los correspondientes a odontólogo general y especialista.

La información que se evalúa, y el medio de verificación, se resume en la siguiente tabla:

Tabla N° 2: Indicador y medio de verificación componente N°1.

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
Porcentaje de tratamientos de Endodoncia en dientes anteriores, premolares y molares	Nº total endodoncias en dientes anteriores, premolares y molares realizadas en APS en población de 15 años o más en el año actual	Nº total de endodoncias comprometidas en APS en el año actual x 100	REM A09 (2023). Sección G. ----- Planilla de distribución de metas programas odontológicos
Porcentaje de Prótesis realizadas en APS	Nº total prótesis removibles realizadas en APS en población de 20 años o más en el año actual	Nº total de prótesis removibles comprometidas en APS en el año actual x 100	REM A09 (2023). Sección G. ----- Planilla de distribución de metas programas odontológicos
Porcentaje de Tratamientos periodontales en APS	Nº total de personas con tratamiento periodontal realizado en APS en población de 15	Nº total de personas con tratamiento periodontal comprometidas en APS en el año actual x	REM A09 (2023). Sección G. ----- Planilla de distribución de metas programas odontológicos



	años o más en el año actual	100	
--	-----------------------------	-----	--

COMPONENTE N° 3: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN CECOSF

a) Antecedentes

Durante el año 2006, entran en funciones los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), centros que otorgan a las personas, familias y comunidad, la posibilidad de abordar sus necesidades de salud de manera integral. Con la finalidad de mejorar la canasta de prestaciones actualmente ofrecida en ellos, se consideró la incorporación de actividades odontológicas, a través de la "Estrategia Apoyo Odontológico CECOSF", a cargo de un equipo formado por odontólogo y técnico en odontología.

Los nuevos CECOSF implementados durante los últimos años ya cuentan con el componente odontológico en su diseño, por lo que este componente solo financia el apoyo de los CECOSF antiguos.

b) Estrategia

Consiste en apoyo odontológico a CECOSF (con y sin sillón dental) a través de la distribución de recursos vía PRAPS, con el fin de acercar la atención odontológica a la población beneficiaria de FONASA, con dificultades de acceso a la atención dental, con énfasis en actividades de promoción y prevención, así como también estrategias priorizadas a nivel local.

c) Criterios de Inclusión

- Beneficiario legal del sistema público de salud (FONASA y/o PRAIS).
- Población ≤ 10 años Inscrita o Adscrita en CECOSF.

d) Definición de Productos Esperados

Ingreso y seguimiento al Programa CERO (con sus respectivos controles) del 48% de la Población de 0 a 9 años asignada a cada CECOSF, con el fin de mantener población sana o de compensar y detectar en forma temprana la aparición de enfermedades orales.

Este ingreso y seguimiento se refleja en la aplicación anual de pautas de riesgo del Programa CERO.

Este producto esperado, se suma a las prestaciones habituales que realizan los CECOSF del país.

e) Definiciones Operativas

El equipo de salud odontológico debe contar con un horario protegido, tanto para los ingresos al Programa CERO como para los controles de éste, los cuales se programan



cada año, además se definen un conjunto de actividades promocionales y preventivas de la salud bucal a realizar por el equipo odontológico de los CECOSF, de modo de anticiparse al daño, fomentar estilos de vida saludables, educar y orientar a la población para que tomen decisiones informadas respecto de su salud y la de su familia.

f) Registro Estadístico e Indicadores

La evaluación del programa se realiza con la información disponible en la fecha de corte en el Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS). Esta información proviene del Registro Estadístico Mensual (REM), y debe estar actualizada puesto que no se considerarán modificaciones posteriores a la fecha de evaluación.

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
Porcentaje de Controles Odontológicos en población de 0 a 9 años (Programa CERO)	Nº total de aplicaciones de pauta de riesgo del Programa CERO en niños y niñas menores de 10 años en el año actual	Población menor de 10 años asignada en CECOSF en el año actual x 100	REM A03 (2023). Sección D.7. ----- Población menor de 10 años asignada en CECOSF en año actual

COMPONENTE N° 4: ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE MORBILIDAD EN EL ADULTO.

a) Estrategia

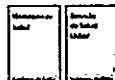
Actividades de morbilidad odontológica a población adulta de 20 años y más en horarios compatibles con el usuario en modalidad de extensión horaria, según programación.

b) Definición

La atención odontológica de morbilidad corresponde a actividades recuperativas realizadas en extensión horaria al adulto de 20 y más años.

c) Criterios De Inclusión

- Adultos de 20 años y más, beneficiarios legales del sistema público de salud (FONASA o PRAIS).
- Beneficiarios en espera del Programa Odontológico Integral y que provengan de las Instituciones en convenio.



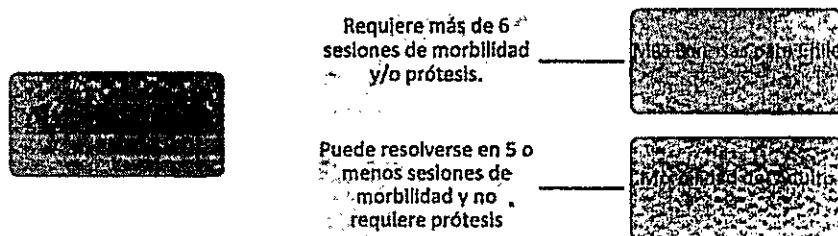
d) Articulación con componentes Más sonrisas para Chile y Atención Odontológica Integral en Hombres del Programa Odontológico Integral.

Con el objetivo de mejorar los criterios de focalización aplicados a las y los beneficiarios del programa odontológico Integral, optimizar los cupos disponibles y lograr la mejor utilización posible de los recursos asignados para la atención, se priorizará clínicamente el acceso a tratamiento según el nivel de daño, considerándose en primer lugar a aquellos usuarios(as) que tengan una mayor carga de enfermedad oral o que requieran prótesis removible. De este modo, para la atención en estos componentes, se articulará una consulta de evaluación en el programa Morbilidad del Adulto a fin de examinar y determinar, según el nivel de daño, si corresponde su derivación a programa Atención Odontológica Integral en Hombres o Más Sonrisas para Chile o puede ser resuelta en morbilidad del adulto (Esquema N°1).

Usuarios que requieran 5 sesiones o menos y no necesiten rehabilitación con prótesis removible continuarán su atención dentro de la Morbilidad del Adulto hasta terminar el tratamiento odontológico requerido. Las actividades realizadas se registrarán dentro de las prestaciones de la morbilidad (no corresponderá a la estrategia Más Sonrisas).

Es importante recalcar que, aun cuando no corresponda derivarlas a Más Sonrisas, las beneficiarias deben ser atendidas en forma priorizada hasta que concluyan su tratamiento en Morbilidad del Adulto.

Esquema N°1: Flujograma de derivación Morbilidad del Adulto-Más Sonrisas para Chile



La gestión de cupos es de resorte local a cargo de cada referente odontológico comunal o de cada Centro de Salud.

Casos particulares. Usuarios derivados del intersector

Usuarios provenientes de Instituciones en Convenio no ingresados en el programa odontológico Integral pero en espera de atención del año anterior, pueden ser atendidos en cualquiera de las actividades programadas en APS, por ejemplo, consultas de morbilidad contenidas en el Plan de Salud Familiar, diurno o continuidad de la atención, Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica a través de sus componente Morbilidad del Adulto o Resolución de Especialidades Odontológicas a través de Endodoncia y Prótesis Removible si corresponde.

e) Criterios De Exclusión

Pacientes que se encuentren en tratamiento de otro programa o estrategia nacional como:

- GES Salud Oral de la Persona Gestante
- GES Salud Oral de la Persona de 60 años
- Más Sonrisas para Chile (excepto evaluación inicial de mujeres derivadas al programa y aquellas rezagadas de años anteriores que, por edad, ya no se incluyen el Programa odontológico Integral)
- Atención Odontológica Integral a Hombres (excepto evaluación inicial de hombres derivados al programa y aquellos rezagados de años anteriores que, por edad, ya no se incluyen el Programa odontológico Integral)
- Menores de 20 años

Dichos grupos exceptuados, pueden acceder a la atención en horario regular o en extensión horaria financiada por per cápita para "Continuidad de la Atención".

f) Definiciones Operativas

Se entiende por atención odontológica en extensión horaria a las actividades recuperativas que se brindan al usuario de 20 y más años, de lunes a jueves en 3 horas cronológicas en horario vespertino, los días viernes en 4 horas cronológicas en horario vespertino y los días sábados en 4 horas durante la mañana, cumpliendo un total de 20 horas semanales. No se realiza los días domingos ni festivos.

Cada extensión horaria de este programa debe cumplir como mínimo con 1920 actividades, considerando un rendimiento de 2 acciones por hora cronológica y una concentración de 1, realizadas en forma anual (40 actividades de morbilidad semanales en 12 meses = 1920 actividades). El criterio que debe primar para la implementación de la extensión horaria es el de mejorar el acceso de los usuarios a las actividades recuperativas, pudiendo por ejemplo adelantarse el horario, según realidad local, en zonas de alta ruralidad y dispersión geográfica donde el traslado se dificulta posterior a las 18 horas. Cualquier modificación debe ser debidamente consultada a su Servicio de Salud.

g) Priorización

- Usuarios de 35 a 54 años con DM descompensadas o pobre control metabólico Ingresados a la Estrategia Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP).
- Contrareferencia del Nivel secundario, ejemplo: obturación de dientes con endodoncia, preparación preprotésica y/o ortodoncia (obturaciones, exodoncias, destairaje, etc).

h) Registro Clínico, Estadístico e Indicadores

Cualquier prestación que se otorgue de forma extramural (colegios, carro dental u otros operativos territoriales), debe contar con su debido registro en la ficha clínica única que cuente el establecimiento, ya sea electrónica, física o mixta. En caso de la ficha clínica se encuentre en más de un soporte, debe quedar establecido como se vinculan sus diversas partes, asegurando el acceso a la integridad de la información¹

La evaluación del programa se realiza con la información disponible en la fecha de corte en el Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS). Esta información



provine del Registro Estadístico Mensual (REM) y debe estar actualizada puesto que no se considerarán modificaciones posteriores a la fecha de evaluación.

La información que se evalúa y de donde es extraída se resume en la siguiente tabla:

Tabla N°6: Indicador y medio de verificación componente N°4

Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
Porcentaje de Consultas de Morbilidad en extensión horaria.	Nº total de actividades recuperativas realizadas en extensión horaria en el año actual	Nº total de consultas de morbilidad comprometidas en el año actual	REM A09 (2023), Sección G ----- Planilla de distribución de metas programadas odontológicas

No confundir con registro de consultas de morbilidad de horario continuado, la cual se registra en sección E del REM A09, tampoco corresponde a consultas de morbilidad realizadas en APS, la cual se registra en la sección A del REM A09.

Evaluación:

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

- La primera evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

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

El peso relativo de cada componente del programa está indicado en la resolución exenta N°102/2021 del Ministerio de Salud y su evaluación en relación al total del programa será realizado por este organismo en consulta con el Servicio de Salud Chiloé previo a la transferencia de la eventual segunda cuota.

- La segunda evaluación y final, se efectuará al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.



- Al evaluar el cumplimiento individual de cada componente, se debe ponderar el peso relativo por componente, lo que constituirá el cumplimiento global del programa. En caso de que una o varios componentes no apliquen, se deberá reponer el peso relativo de las que sí apliquen, con la finalidad de obtener el cumplimiento final del programa, acción que es realizada por el Ministerio de Salud.

Orientación Técnica de Programa: Se entienden parte integrante del presente convenio.

Plan de mejoras: El referente técnico podrá solicitar plan de mejora cuando estime conveniente, principalmente cuando detecte casos en que se observe incumplimiento de los indicadores del programa que afecten la correcta ejecución de este.

Evaluación: El servicio podrá realizar auditorías y solicitar informes complementarios si se requiere y utilizar otras fuentes de verificación de la información presentada por la comuna en el caso que fuera necesario para evaluar pertinencia técnica y proporcionalidad del gasto, lo anterior sustentado en el uso eficiente de los recursos del estado.

Registro REM para evaluar proporcionalidad: Se realizará en base a la programación de Nº de actividades a acordar entre referente técnico del Servicio de Salud y encargados técnicos de las respectivas comunas. La programación de la cartera de prestaciones asociada al programa se elaborará en base a las orientaciones técnicas del programa, u otros instrumentos normativos de MINSAL según corresponda.

El acuerdo de las prestaciones a realizar deberá quedar escrito en acta de reunión entre los referentes técnicos del Servicio de Salud y los referentes técnicos de las comunas u a través de otro mecanismo formal de acuerdo. Sin embargo, al ser el proceso de programación operativa un proceso dinámico, éste podrá ser modificado si se requiere a solicitud de la comuna, para tal efecto se podrá solicitar por correo electrónico con la debida fundamentación, la que será revisada y sujeta a aprobación del Servicio de Salud y MINSAL.

Si los acuerdos de prestaciones mínimas a registrar en REM u otro medio de verificación de parte de la comuna no se cumplen se deberá rendir proporcionalmente de acuerdo a las horas o prestaciones efectivamente ejecutadas.

Modificaciones: se podrán solicitar modificaciones de cláusulas técnicas, financieras y administrativas hasta el 30 de septiembre del año en curso, esto implica que la comuna deberá prever anticipadamente aquellas situaciones que pueden poner en riesgo el cumplimiento de uno o más componentes del convenio.

La solicitud de la Municipalidad será vía oficio al Servicio, indicando el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud informando a la comuna mediante el medio de comunicación por escrito más expedito, considerándose como no presentada. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y la dictación de la respectiva Resolución Aprobatoria.

No se aceptarán solicitudes de extensión de vigencia del convenio en materias financieras, ya que se entiende que prever situaciones problemáticas para el término de éste es una actividad acordada por las partes y se podrá establecer alternativas de solución en forma oportuna.

CUARTA: De los recursos financieros. Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Servicio de Salud viene en asignar a la "Municipalidad" los siguientes recursos para el logro de lo señalado en los indicadores de gestión e impacto, los que serán transferidos de la siguiente manera

	Monto total	Cuotas	Monto cuota	Porcentaje cuota %	Requisito transferencia
Convenio	\$43.968.774.- (Cuarenta y tres millones novecientos sesenta y ocho mil setecientos setenta y cuatro pesos)	Primera cuota	\$30.778.142.-	70	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	\$13.190.632.-	30	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio.
Fecha inicio Convenio / Addendum e Ingreso a SISREC	<p>Tendrá vigencia a partir de la total tramitación del último acto administrativo que lo apruebe, no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2024, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley N° 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros.</p> <p>Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto Nuevo</p>				

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al Inciso 2 del artículo N°18 de la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, "En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior.". En consecuencia, este Servicio de Salud, no transferirá nuevos recursos del programa, mientras la Municipalidad no haya resuelto el reintegro de los saldos no utilizados en el ejercicio anterior y que deben ser ingresados a Rentas Generales de la Nación, Instrucción Impartida en el Artículo Nro.7 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.640 del año 2024.

QUINTA: El Servicio podrá requerir a la "Municipalidad" los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y lo señalado en el presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso efectuando evaluación del mismo.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas". Al respecto

dicha Resolución señala en su artículo N° 20 "Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple."

La Municipalidad, quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, el "Servicio" sólo revisará rendiciones a través de SISREC.



- b) Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en el SISREC.
- c) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quién corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e Internet.
- d) Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
- e) Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.
- f) Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, dentro de un plazo de 10 días hábiles administrativos contados desde la fecha de devolución de la rendición al organismo ejecutor. De no presentar nuevos antecedentes dentro del plazo indicado, o si éste es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la Municipalidad deberá necesariamente eliminar el gasto.

Presentados estos nuevos antecedentes, el Servicio de Salud procederá a su revisión y si aún existen gastos que resulten observados, se llevarán los antecedentes a una comisión Integrada por el Jefe del departamento Salud o Desam de la Comuna respectiva, encargado del respectivo programa de la Comuna, la Directora (or) de APS, Jefe del Subdepartamento respectivo, el referente del programa y el Asesor jurídico del Servicio de Salud Chiloé, quienes resolverán su aprobación o eliminación.

El Servicio, quedará obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

- a) Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.
- b) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través del SISREC durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado otorgante y su subrogante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e Internet.
- c) Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. El "Servicio" estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al último día del mes de marzo del año siguiente.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el Inciso precedente, subsistirá aún cuando la Municipalidad ejecute las actividades, a través de su Corporación de Salud, en cuyo caso la "Municipalidad", deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos como de las actividades realizadas.

SEXTA: Será de responsabilidad de la "Municipalidad" velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los diferentes establecimientos de salud. Lo anterior independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido



de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

SÉPTIMA: Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada o no rendida del programa objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "Municipalidad" a la Renta general de la Nacional dentro del mes de enero de 2025 o al cierre del proyecto en SISREC.

Los recursos transferidos a la "Municipalidad" sólo podrán ser destinados para el cumplimiento de las prestaciones mínimas establecidas en el convenio, sin embargo en el caso de que la "Municipalidad" cumpla con lo acordado y optimice el gasto de dichos recursos, los excedentes se podrán utilizar en la realización de las mismas prestaciones dentro de los parámetros establecidos en el programa, que no implique una modificación de cláusulas del convenio ni extensión de su vigencia, lo cual se realizará previa solicitud, vía oficio dirigido al Servicio de Salud, antes del término del año en curso y con la aprobación de éste el cual constará por cualquier medio de comunicación por escrito.

El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la "Municipalidad" se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

OCTAVA: El presente convenio de transferencias de recursos incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año y extendiéndose la revisión de los gastos hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados o rechazados.

El convenio se podrá prorrogar de manera automática en los siguientes términos

a) De la prórroga automática.

Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuesto del Sector Público del año respectivo (siguiente), salvo que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

b) De la vigencia y cómo se formaliza.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Esta prórroga se formalizará mediante Resolución Exenta o la toma de razón de Resolución Afecta del Servicio de Salud la que establecerá las metas y recursos asociados.

c) De la representación por parte del Municipio.

La Municipalidad podrá representar mediante oficio al Servicio la Resolución de prórroga automática dentro de un plazo de 10 días hábiles desde su notificación.

d) Constancia.

Se deja constancia que las metas y recursos financieros entregados en el año en curso, deben estar ejecutados al 31 de diciembre de dicho año. Se entiende que la prórroga automática se refiere a la continuidad del programa en relación de la ejecución técnica y financiera del marco presupuestario del año siguiente, con el fin de dar inicio las prestaciones o actividades que requieren continuidad a partir del 1 de enero del año siguiente.

NOVENA: El Servicio y la Municipalidad incorporarán al presente Convenio el Anexo: "Plan de Gastos", que se entiende forma parte integrante del convenio, y la información contenida en él será la utilizada para revisar la pertinencia sanitaria de los gastos. Por



otra parte, la revisión financiera de los gastos está regulada por la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República en el "TÍTULO I. NORMAS GENERALES".

Para que exista acuerdo de voluntades respecto al Plan de Gastos y sus modificaciones, la Municipalidad y Servicio definirán su contenido y se entenderá aprobado por la comuna al ser enviado al Servicio por Oficio/Ordinario y la aprobación de éste mediante medio de comunicación por escrito.

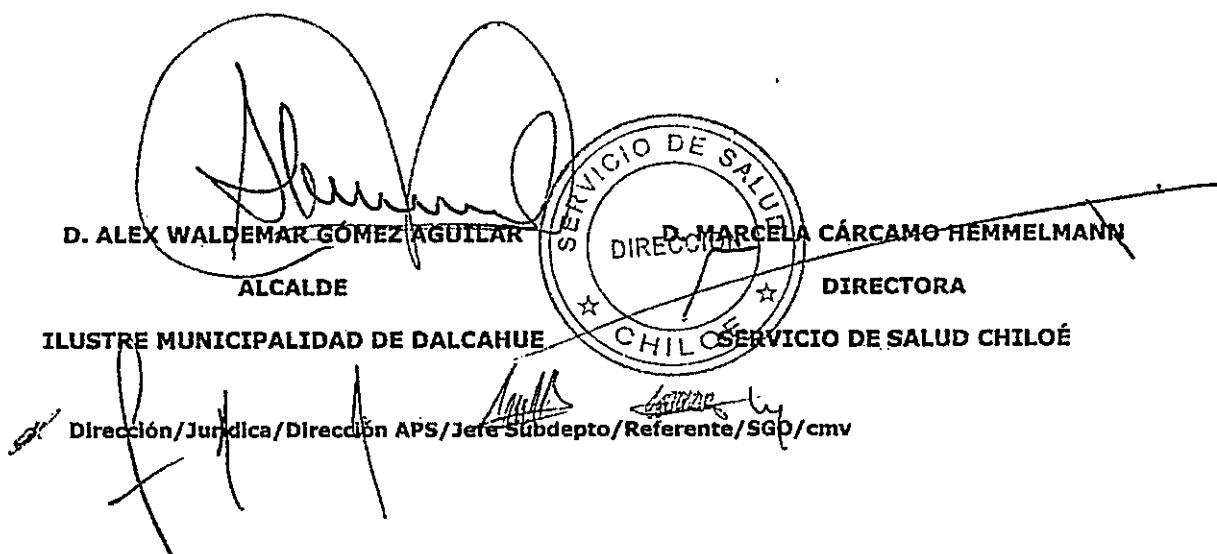
Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos antes de la primera rendición de gastos en SISREC del año en curso faculta al "Servicio" a utilizar el Plan de Gastos elaborado por éste, el que se informará a la comuna por la vía escrita más expedita posible. El Plan de Gastos podrá ser modificado durante la vigencia del convenio por parte del Servicio de ser necesario ajustar aspectos sanitarios del mismo.

El plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es el 30 de septiembre del año en curso.

DÉCIMA: En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se mantendrán o fijarán nuevas fechas para modificaciones al convenio y/o plan de gasto, según sea el caso.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio y uno en la "Municipalidad".

DÉCIMA SEGUNDA: La personería de D. Alex Waldemar Gómez Aguilar por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcalde, consta en el Decreto Municipal N° 548 del 7 de marzo de 2022.





ANEXO: "PLAN DE GASTOS"

El presente formato contiene la información mínima a utilizar y cada programa lo adaptará a las necesidades específicas de este.

PLAN DE GASTOS			
PROGRAMA			
Nº RESOLUCIÓN ASOCIADO AL PLAN DE GASTOS			
COMUNA			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE COMUNAL			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE SERVICIO DE SALUD			
Gastos de Operación			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Personal			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo
Gastos de Inversión			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.