

24.12

UNIVERSIDAD DE ATACAMA
DEPARTAMENTO RECURSOS HUMANOS
Registro H

REGULARIZA Y APRUEBA CONVENIO DE ATENCIÓN DENTAL DE ORTODONCIA SUSCRITO ENTRE DENTAL LAUR Y LA UNIVERSIDAD DE ATACAMA.

COPIAPO, noviembre 26 de 2014

RESOLUCIÓN EXENTA N° 54

VISTOS:

Lo dispuesto en los D.F.L. Nros. 37 y 151, de 1981, el Decreto Supremo N°377, de 2014, todos del Ministerio de Educación Pública y la Resolución N°1600, de 2008, de la Contraloría General de la República y los Decretos UDA Nros. 010, de 2000 y sus modificaciones y 027, de 2007 y el artículo 52 de la Ley 19880:

CONSIDERANDO:

Rectoría: La PROV. N° 825, de 19 de noviembre de 2014, de

RESUELVO:

se indica: **1º. REGULARIZASE Y APRUEBASE** Convenio que

CONVENIO DE ATENCIÓN DENTAL DE ORTODONCIA

Universidad de Atacama

&

Dental LAUR

En la ciudad de Copiapó, Chile, a 05 días del mes de septiembre del año 2014, entre la **Universidad de Atacama**, representada por su Rector, Sr. **Celso Hernán Arias Mora** con domicilio en [redacted] de la ciudad de Copiapó, en adelante la "**UNIVERSIDAD**", y la agrupación de Cirujanos Dentistas Ortodoncistas **Dental LAUR**, representada por su Director Clínico, Dr. **Juan Carlos Urra Páez**, [redacted], con domicilio en calle [redacted] de la ciudad de Copiapó, en adelante el "**PRESTADOR**", se acuerda el presente convenio de atención dental en la especialidad de Ortodoncia.

PRIMERO

La **UNIVERSIDAD** se compromete a difundir el presente convenio a todo su alumnado y propios funcionarios, los cuales podrán recibir, por parte del **PRESTADOR**, todos los beneficios y atención preferencial acordados y descritos en el presente documento.

SEGUNDO

El **PRESTADOR** se compromete a otorgar atención odontológica en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar a todos los alumnos y funcionarios de la **UNIVERSIDAD**, tanto "Titulares" como también a sus respectivas "Cargas", que así lo deseen y soliciten, utilizando un arancel de prestaciones y sistema de pago preferenciales, especificados en adjunto ANEXO I. Este arancel de prestaciones será reajustado por el **PRESTADOR**, según IPC, cada año durante el mes de enero, a partir del año 2016.

TERCERO

El **PRESTADOR** se compromete a no cobrar la consulta inicial a cada uno de los pacientes provenientes de la **UNIVERSIDAD** y a considerar el costo del estudio ortodóncico inicial como un abono al pago de la instalación posterior de brackets, al momento de aceptar e iniciar el tratamiento. Este análisis abarca los ítems que se especifican en adjunto ANEXO II.

CUARTO

Cada paciente proveniente de la **UNIVERSIDAD** se compromete a pedir con antelación su hora de atención o, en su defecto, avisar de igual forma su inasistencia a ella. El **PRESTADOR** no se responsabilizará por las consecuencias que se puedan presentar en aquellos pacientes que no cumplan con las indicaciones y responsabilidades que implican su tratamiento ortodóncico, las cuales se encuentran especificadas en el documento RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE, adjunto en ANEXO III. Éste siempre le será entregado al él o a su apoderado al momento de comenzar el tratamiento, para su conocimiento y firma conforme.

QUINTO

El no pago de una cuota por parte del paciente en tratamiento, facultará al **PRESTADOR** a suspender su atención y a reevaluar su permanencia en el mismo.

SEXTO

Los tratamientos deberán ser pagados directamente al **PRESTADOR** por el beneficiario en atención o su respectivo apoderado, mediante cualquiera de las formas de pago establecidas por el primero, desvinculando de este modo a la **UNIVERSIDAD** de cualquier responsabilidad económica.

SÉPTIMO

El **PRESTADOR** se compromete a presentar cada mes a la **UNIVERSIDAD**, un informe estadístico referido a los servicios brindados a todos los beneficiarios incluidos en este contrato que hayan requerido atención. Las condiciones de oportunidad, periodicidad, formato y contenido técnico de éste, serán establecidas de común acuerdo por las partes.

OCTAVO

Para comenzar la atención de cada paciente proveniente de la **UNIVERSIDAD**, el **PRESTADOR** emitirá un INFORME CLINICO (adjunto ANEXO IV) que detallará sus condiciones iniciales de salud bucal, su diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico del mismo, el cual será firmado por el paciente en dos copias, quedando una en poder del **PRESTADOR**.

NOVENO

La **UNIVERSIDAD** es un testigo de fe del compromiso adoptado por el paciente y el **PRESTADOR**, por lo tanto, al momento de solicitar su atención, cada beneficiario deberá presentar un documento adhoc que certifique su condición vigente de alumno regular del establecimiento o, en su defecto, su calidad de funcionario actual del mismo. Si la atención es para una "Carga" de éste, se debe señalar el nombre del paciente.

DÉCIMO

El presente contrato tendrá una duración indefinida y bastará un aviso explicativo, mediante correo certificado, enviado con 30 días de anticipación por cualquiera de las partes, para poner término al mismo. En el caso de la Universidad de Atacama deberá dictar el respectivo acto administrativo.

Para todos los efectos legales derivados del presente CONVENIO DE ATENCION DENTAL DE ORTODONCIA, las partes fijan su domicilio comercial en la ciudad de Copiapó y se someten a la jurisdicción de sus tribunales ordinarios de justicia. Se firma en dos ejemplares de igual tenor, quedando el original en poder de la **UNIVERSIDAD** y la copia en poder del **PRESTADOR**.

La personería de Don Celso Arias Mora para representar a la Universidad de Atacama, consta en el Decreto N° 338 de agosto de 2010 del Ministerio de Educación Pública.

ANEXO 1

ARANCELES

ETAPAS DE TRATAMIENTO	ARANCEL PARTICULAR	ARANCEL CONVENIO
Consulta inicial	\$ 15.000	Costo 0
Estudio de ortodoncia	\$ 50.000	\$ 40.000 <i>(Se abonan a la instalación de brackets)</i>
Instalación de brackets	\$ 300.000	\$ 250.000 - \$ 40.000 \$ 210.000
Mensualidades <i>(Hasta 12 cuotas)</i>	\$ 80.000 <i>(x 12 = \$960.000)</i>	\$ 65.000 <i>(x 12 = \$780.000)</i>
Reposición de bracket metálicos	\$ 15.000	Costo 0
Higiene de mantenimiento <i>(2 Anuales)</i>	\$ 60.000	Costo 0

ANEXO 2

ESTUDIO DE ORTODONCIA

Evaluación e interpretación de un conjunto de análisis, documentos y exámenes solicitados a cada paciente:

Toma de Impresiones y Modelos de Estudio

Fotografías Clínicas (Intra y Extraorales)

Radiografías Extraorales

Análisis Cefalométrico

Ficha Clínica

Diagnóstico

Plan de Tratamiento

Pronóstico

Este estudio tiene un valor de \$40.000, el cual debe ser pagado en su totalidad el día que el paciente acude con las radiografías solicitadas.

ANEXO 3

REGLAMENTO DEL PACIENTE DE ORTODONCIA

Consentimiento Informado de la Especialidad

Nombre Paciente

Nombre Adulto Responsable

Responsabilidades y reglas generales

- 1.** El paciente se compromete a asistir a los controles indicados por el profesional durante el tiempo requerido para su tratamiento. En el caso de retraso a su hora, el paciente debe avisar por teléfono para evaluar la posibilidad de atención en la misma fecha. En caso de ausencia al control programado se debe avisar, como mínimo, 5 horas antes de la cita señalada y será de su exclusiva responsabilidad solicitar una nueva fecha y horario de atención.
- 2.** Si existen claras evidencias de la falta de colaboración por parte del paciente en el uso de los aparatos y de accesorios ortodóncicos indicados en su tratamiento, el profesional se reserva el derecho de modificar el plan del tratamiento original y/o de prolongar el tiempo del tratamiento previsto, comunicando esto oportunamente al paciente o adulto responsable.
- 3.** El paciente recibirá claras instrucciones para mantener una correcta higiene y cuidado de sus piezas dentarias, al igual que su aparatología de ortodoncia.
- 4.** Todas las alteraciones, incidentes e incomodidades, que puedan causar malestar al paciente, tendrán que ser comunicadas inmediatamente al profesional, de modo que se tomen las medidas necesarias para remediarlas.
- 5.** Con el objetivo de evaluar el comportamiento y el movimiento ortodóncico de los dientes y de sus raíces, el profesional se reserva el derecho, durante el transcurso del tratamiento, de solicitar radiografías adicionales no presupuestadas originalmente (periapicales, oclusales, panorámicas y/o telerradiografías).

6. Dependiendo de las características biológicas del paciente, además de su colaboración y compromiso, la duración del tratamiento correctivo varía de 30 a 40 meses. Sin embargo, esta estimación de tiempo puede variar según el análisis de cada caso y los múltiples factores que pueden intervenir en el logro de un resultado favorable.
7. Los pacientes que durante su tratamiento ortodóncico correctivo pierdan los brackets, o bien, pierdan, deformen y/o quiebren sus accesorios ortodóncicos removibles, deberán asumir los gastos correspondientes que obligue su reposición.
8. Si por razones de fuerza mayor, el paciente debe abandonar o interrumpir su tratamiento antes del tiempo programado para obtener los resultados propuestos, tendrá que informarlo por escrito, asumiendo la responsabilidad de las consecuencias que podrían resultar de este acto.

Situaciones que determinan la interrupción del tratamiento

1. Pacientes que, por falta de colaboración y cuidados en el uso y manejo de la aparatología indicada, perjudiquen el buen curso del tratamiento.
2. Pacientes que falten a su control clínico por un período superior a los 60 días o bien presenten repetidas inasistencias.
3. El no cumplimiento de las indicaciones sobre su dieta, normas de higiene y cuidado de su aparatología.
4. El no cumplimiento de las condiciones establecidas en el compromiso monetario asumido para solventar el costo del tratamiento de ortodoncia planificado.

Objetivo y beneficios del tratamiento

El objetivo final de un tratamiento de Ortodoncia es reubicar las piezas dentarias en una posición correcta, permitiendo así mejorar los aspectos funcionales y estéticos de un paciente. Dentro del área funcional existe el concepto de la oclusión (mordida dentaria), muy importante, ya que permite mejorar la distribución de fuerzas durante el proceso de masticación, lo que a su vez, protege las raíces de los dientes, el hueso de soporte, el tejido gingival (encías) y la articulación témporo-mandibular (entre el cráneo y la mandíbula). Esta correcta alineación de todas las piezas dentarias, además, ayuda al mantenimiento de una buena higiene bucal, reduciendo el riesgo de caries y enfermedad periodontal (infección de encías).

Sobre el aspecto estético, cabe agregar que una sonrisa armónica se torna más agradable visualmente, otorgando al paciente una mejor autoestima e interacción social y laboral.

Riesgos y posibles complicaciones del tratamiento

1. Tiempo de tratamiento: Una estimación previa sobre el tiempo de duración de un determinado tratamiento nunca será exacta, ya que algunos factores, tales como un crecimiento craneofacial inadecuado, la diversidad propia de las respuestas biológicas, inasistencia a controles, ruptura o pérdida de dispositivos y una débil cooperación por parte del paciente, entre otros, pueden prolongar el tiempo requerido para la obtención de un buen resultado final.

2. Descalcificación: Se observan como manchas blancas, produciéndose en el paciente que realiza una mala higiene bucal, con un cepillado dental inadecuado y/o asociada a una dieta alimenticia rica en azúcares, pudiendo llegar a marcar los dientes de manera definitiva. Este problema se puede agravar, al sumar una caries o inflamación gingival que, en casos extremos, puede llegar a una infección con pérdida de tejido óseo. El cumplimiento de las indicaciones de higiene que serán proporcionadas por el ortodoncista y las visitas semestrales al dentista general, son procedimientos indispensables para el control de estos problemas.

3. Reabsorción radicular: Redondeado del ápice radicular (pérdida de la punta de la raíz) como consecuencia del movimiento ortodóncico. Es rara una reabsorción más acentuada de la raíz, sin embargo, de producirse, ésta no implica consecuencias significativas. Algunos pacientes tienen tendencia a este tipo de complicaciones.

4. Recidiva: Es el nombre que se da a la tendencia de las piezas dentarias de volver a su vieja posición. Esto es moderado y puede generalmente ser controlado por los dispositivos utilizados en la etapa de contención. Con el transcurrir del tiempo pueden ocurrir alteraciones provocadas por otros factores que están fuera del control del ortodoncista, como son alteraciones asociadas al crecimiento, el resultado de la maduración y/o envejecimiento funcional de la cara, malos hábitos bucales y/o, virtualmente, la erupción de los terceros molares ("muelas del juicio").

5. Alteraciones de la ATM (Articulación de la mandíbula con el cráneo): Problemas en esta articulación pueden aparecer durante el desarrollo del tratamiento de ortodoncia, tales como ruidos articulares durante la apertura o cierre de la boca, dolores localizados o difusos de la cabeza y/o de oídos (deben ser informados al ortodoncista).

6. Irritaciones mucogingivales: Algunos dispositivos o aparatos ortodóncicos, como los brackets o la parte interna de un arco extrabucal, pueden causar enrojecimiento o hinchazón. Raramente provocan heridas en las mejillas. Este tipo de irritaciones tienen una rápida regresión (normalmente los tejidos tardan en adaptarse entre tres a cinco días).

7. Accidentes: Es necesario poner atención durante la manipulación de la aparatología removible o extrabucal, especialmente en el momento de su colocación y retiro, ya que ésta podría lesionar la mucosa, mejillas u ojos (a pesar de que su diseño busca disminuir la ocurrencia de ellos). La manipulación por parte del paciente debe realizarse de la forma en que fue instruido por el especialista. Evitar el uso del aparato cuando se realizan actividades deportivas.

8. Problemas generales de salud: Mantenga informado al ortodoncista sobre su estado de salud general y si se encuentra o comienza con alguna nueva terapia farmacológica (medicamentos).

Autorización

El paciente o adulto responsable, autoriza al especialista a utilizar el uso de su documentación de ortodoncia, la que incluye modelos, articuladores, fotografías y radiografías (antes, durante y después del tratamiento), con propósitos de estudio profesional, académico, estadístico y/o publicación en revistas y libros profesionales (internet, multimedia, vídeo, etc.).

Firma Paciente / Adulto Responsable

Santiago, ____ de _____ de 20

ANEXO 4

INFORME CLÍNICO

NOMBRE DEL PACIENTE

ADULTO RESPONSABLE

Nº FICHA _____ EDAD DEL PACIENTE _____ años, _____
meses

PLAN DE TRATAMIENTO (APARATOLOGIA)

PRONÓSTICO BUENO () SATISFACTORIO () TIEMPO DE TRATAMIENTO

COMENTARIOS

INTERCONSULTAS A OTROS PROFESIONALES

FONOAUDIOLOGO () OTORRINO () ODONTOPEDIATRA () DENTISTA
GENERAL ()

**YO, _____, RUT _____,
CERTIFICO CONOCER Y ENTENDER TODOS LOS DATOS ANTES
EXPUESTOS Y ACEPTAR EL PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO.**

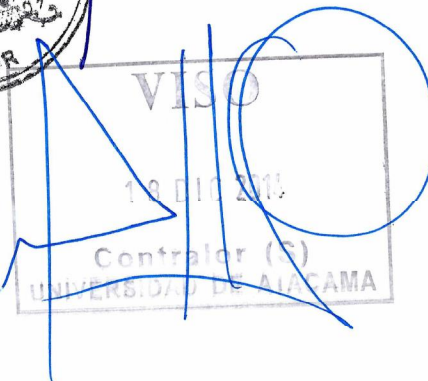
Firma Paciente / Adulto Responsable

Santiago, ____ de _____ de 20 ____

Anótese, y remítase a la Contraloría de la Universidad, para su control y registro. Comuníquese una vez tramitado totalmente el acto


ALEJANDRO SALINAS OPAZO
Secretario General
JVD/ASO/DMV/avu.


JORGE VALDIVIA DÍAZ
Rector (S)



Distribución:

- Contraloría Interna
- Rectoría
- Secretaría General
- D.A.E.
- Depto. Bienestar del Personal
- Decretación
- Remuneraciones
- Oficina de Partes.