

# ACTA DE REUNIÓN

<b>Tema</b>	<b>8va sesión consejo asesor APS-U</b>	<b>Fecha:</b>	17-08-2023
<b>Lugar</b>	<b>Sede nacional del colegio médico de Chile</b>		
<b>ASISTENTES</b>			
1	Soledad Barría	Coordinadora ejecutiva consejo asesor APS-U	
2	Ines Guerrero	COLMED	
3	Guadalupe Muñoz	Mesa modelo	
4	Osman Gonzalez	Mesa resolutiveidad	
5	Paula de Orué	SOCHISAL	
6	Mónica Nuñez	Mesa financiamiento	
7	Oscar Urrejola	Mesa resolutiveidad	
8	Rosa Vergara	ANCOSALUD	
9	María Eugenia Jaramillo	Mesa participación	
10	Roxana Sepulveda	SOCHIMEF	
11	Julio Sarmiento	Director salud la pintana	
12	Camilo Bass	FONASA	
13	Ignacio Silva	Reforma MINSAL	
14	Anselmo Cancino	Reforma MINSAL	
15	Vanessa Díaz	Reforma MINSAL	
16	Juan Pablo Rubio	Reforma MINSAL	
<b>ON LINE</b>			
17	Bernardo Martorell	Coordinador Reforma	
18	Ricardo Fábrega	Consejero APS-U	
19	Oscar Arteaga	Director escuela de salud pública U. de Chile	
20	Jeanette Vega	Comisión reforma. Coordinadora eje 3	
21	Cristián Rodríguez	CONFUSAM	
22	Eduardo Brown		
23	Lautaro Fernandez		
24	Trinidad Cofré		
25	Paula Tapia		
26	Marjorie Braniff		
27	Lautaro Fernandez		
28	J Benavides		
29	Alexis Valenzuela		
30	Trinidad Cofré		
31	Patricia Perez		
32	Patricia Contardo		
33	Ignacio Optiz		
34	Andrea Rastello	Coordinadora mesa formación	
35	Claudia Pesceto	Coordinadora mesa financiamiento	
36	Pamela Eguiguren		
37	Cecilia Guzman		
38	Jossette Iribarne	Comisión reforma	
39	Mirtha Oyarzun	Comisión reforma	
40	Jessica Cuevas	Comisión reforma	
<b>Responsable del acta: Juan Pablo Rubio</b>			

## I. OBJETIVO DE LA REUNIÓN

- 1) Presentación y discusión de los 3 documentos.
  - a. Financiamiento y leyes
  - b. Participación y promoción
  - c. Resolutiveidad

# ACTA DE REUNIÓN

## II. DESARROLLO.

### **Presentación mesa de financiamiento:** Presenta Mónica Nuñez (AChM)

- Se adjunta presentación con el acta. Se focaliza en las 3 propuestas priorizadas. Se responde preguntan y reflexiones.
- Mónica Nuñez: Los PRAPS constituyen una carga administrativa que es necesario de revisar. Evaluar los que existen y cuales pueden ser pasados al per cápita.
- Roxana Sepúlveda: Se consulta por los establecimientos delegados, por desmedro en el financiamiento que tienen.
- Mónica Nuñez: Plantea que el per cápita basal es para todo establecimiento, independiente de su origen. La idea que no exista inequidades en acceso de los usuarios según quien lo administra.
- Camilo Bass: Plantea que el 2011 se planteó la necesidad de cambiar los indexadores del per cápita. Existe voluntad técnica, pero hay un problema político, pues algunas pierden y otras ganan. En FONASA coincidimos que el mecanismo per cápita es virtuoso, pero el objetivo es que se impacte en el nivel de vida de las personas. El estatuto de APS deja a discreción de los municipios las carreras, lo ideal sería armar bandas para generar un estándar conocido nacional.
- Cristian Rodríguez: Nos interesa lo que tiene que ver con el aporte municipal. 50% de las comunas no desarrolla aporte extra. Las que aporta más son las que tienen poblaciones más pequeñas. Existen inequidades entre las comunas. Molestias porque la CONFUSAM tenga que estar haciendo paro por mayor financiamiento per cápita. Competencia por sueldos entre comunas es un problema.
- Guadalupe Muñoz: Se consulta por la eficiencia, por la experticia que se genera cuando se instala un PRAPS. Cuando se per cápita se diluye esa experticia, importancia de cuantía del aporte para retener a ese recurso humano altamente calificado.
- Julio Sarmiento: Agregar un punto al diagnóstico, concuerdo que los PRAPS permiten instalar capacidades, pero pasa que muchas veces nos engañamos con los indicadores, muchas veces no se cumplen a cabalidad. Generar incertidumbre de cuando llegan los recursos, y no se puede programar. Problemas de ejecución. Municipios tienen debilidades en ejecutar compras, personal de salud viendo bases de licitación, que no es una competencia de carreras de pregrado. No sé sabe el monto real de devolución de recursos. Consejo municipal presiona por no devolver, lo que presiona en comprar lo más caro, o innecesaria por no devolver. Propuesta: Siempre se han discutido los indexadores, pero después en discusión con haciendo se desestima la propuesta, se plantea partir al revés: acuerdo de cuanto vamos a invertir y después el arreglo de indexadores que permitan discutir ese presupuesto. Es imposible bajarle el presupuesto de salud a cada comuna, algunas congeladas y otro aumentarlas. Propuesta del 30% de salud es bien buena. Financiar estándares, pues existen muchas inconsistencias, por ejemplo: cuantos médicos por población, hay número mágico de 1/3.300. Financiamiento en función de lo que hay que instalar.
- Inés Guerrero: Considerar cantidad de población para atender a esta población. Personal suficiente para que no exista las brechas. Considerar la cantidad de funcionarios por estamentos que se necesitan para atender a esa población (considerando acceso). El rechazo no es evaluado, no existe.
- Soledad Barría: Respecto a establecimiento delegados y municipales, lo que debe mandar es un plan de salud comunal que participen todos los establecimientos que entregan APS en el territorio (independiente de quien administra, que incluya hospitales comunitarios). Aporte municipal debería estar enfocado en el abordaje de los DSS. Buscar equilibrio en los que no pueden dar tanto aporte. Buscar evitar competencia de los sueldos entre comunas ricas y pobres, y establecer bandas de carreras con montos máximos.
- Vanessa Díaz: Criterios de selección de las comunas pioneras fueron validados en el consejo, a diferencia de otros PRAPS que no establecen criterios en su asignación. PRAPS de APS-U fue solamente por viabilidad y oportunidad, de todas maneras, estamos evaluando ser modificado. Dudas si existen criterios de financiamiento mixto para generar incentivos en ir a buscar a la población (que el per cápita no lo tiene), para anticiparnos al daño. Pregunta por los 18 meses, dudas si en ese plazo se van a conseguir una evaluación de impacto del programa.

# ACTA DE REUNIÓN

- Paula de Orué: 30% del presupuesto de salud, incorporar a las comunas una mirada de riesgo en el financiamiento. Población rurales y pobres tienen más dificultades. En los PRAPS seguimos tendiendo a fragmentar el sistema de salud. El PSF debería ser más claro, metemos programas y no evaluamos programa y se siguen metiendo programas. Direcciones de salud municipal crecen aberrantemente y se gasta hasta un 20% en administración, pero se usa el per cápita para su mantención. Poner un límite al gasto en gestión.
- Mónica Nuñez: Existen múltiples argumentos para iniciar un PRAPS pero el problema es que se nos olvida que deberían tener una lógica transitoria y quedan como definitivos. Los 18 meses son un plazo que, reconocemos, fue provocativo. Cada vez hay más gente haciendo gestión no porque lo queramos, sino porque se exige.
- Oscar Urrejola: Consulta por los indexadores de riesgo poblaciones, que pueden ser dinámicos y que podría afectar el financiamiento.
- Mónica Nuñez: En el simposio de financiamiento, Camilo Cid aclaró que no hay que casarse con ningún score o servicio.
- Rosa Vergara: Preocupa que sigamos mirando los PRAPS como una medida que favorece la población, pero con ritmo en metas sanitarias, sin apuntar a la realidad. Niños que no son atendidos. Lo que están discutiendo es promoción y prevención con participación, las personas saben cómo cuidarse. Alianzas con universidades para tener más médicos de familia. Cambio cultural. Niños deben ser el futuro de la universalización.
- Ricardo Fábrega: Agradecer el trabajo de la comisión. Riqueza de información, actualización de datos. Propuesta de ir percapitando los PRAPS es algo que se ha ido haciendo, que tiene sus dificultades. PRAPS crecen sin que se integren mucho. Ya pasaron muchos límites, 36 PRAPS es mucho. Yo sería más categórico en poner un plazo. Dificultad en discusión con los indexadores, pero sólo es posible si existe un ambiente de crecimiento del presupuesto y fondo de mantención (suplementario) al que le toca menos igual se le sigue dando hasta que se extingue. No es posible disminuir per cápita.
- Juan Pablo Rubio: A modo de síntesis, de las propuestas de la mesa se consultó por el plazo de 18 meses y se aclaró que la idea era establecer un plazo razonable, y lo otro es evaluar la pertinencia de algunos PRAPS para dar cobertura a poblaciones específicas con necesidades especiales, por ejemplo, PRAPS SENAME.

## **Presentación mesa de participación y promoción:** Presenta María Eugenia Jaramillo (ANCOSALUD)

- Se adjunta presentación. Presenta María Eugenia Jaramillo, profesora y dirigente social.
- Anselmo Cancino: Felicitar presentación. Seguimos muy instalado en un enfoque muy patogénico. Planes trienales se lograron instalar, a pesar de que representan un presupuesto muy pequeño del sector salud. Realizamos un llamado de la OPS para integrar buenas prácticas en el abordaje de los DSS, y actualmente han llegado a más de 90 experiencias. Significa que los equipos locales sí están haciendo innovación en salud, hay más de lo que nosotros vemos.
- Ignacio Silva: Presentación es muy iluminadora, como equipo reforma nos hemos tomado este tema muy en serio por el convencimiento, y hemos llegado a la convicción de que tenemos que llegar a las buenas prácticas locales que se están haciendo. En los territorios hay conocimiento y prácticas muy relevantes en que nos damos cuentas día a día. En el PRAPS queda en forma obligatoria el mapeo de activos comunitarios. Algunos elementos que plantean están contenidos y hay voluntad de trabajar sobre ellos. Plantea posibilidad de tener una reunión más pequeña con el equipo para que esto tome forma, para consolidar un proceso. Estamos pensando desde abajo hacia arriba.
- Roxana Sepúlveda: Agradecer el trabajo. La formación de los profesionales médicos y especialistas, en particular en medicina familiar se enseña, pero en carreras de la salud viene en investigación más bien cuantitativa y no cualitativa, y pocas veces para medir impacto. Muchas veces no se programan actividades promoción a personal médicos, por presión asistencial. No hay lineamientos claros sobre el quehacer del médico de familia.
- Jeanette Vega: Felicitar la presentación, ver las coincidencias del equipo de reforma. Se solicita reunión formal con el eje 3 de la reforma para el aporte de este equipo de forma más continua. Rediseño del

# ACTA DE REUNIÓN

sistema de salud en total, estas cosas que son estructurales es una conversación que debemos mantener. Falencias en DSS y cuidados sociosanitarios, equidad de acceso a la atención de salud, financiamiento y en el ámbito de rediseño global de procesos. Determinantes estructurales dice relación a cómo la sociedad se organiza hace que esas condiciones se generen en condiciones adversas, género y etnia son intermedios. Mesas regionales y comunales, el objetivo es sacar trabas a procesos que no se pueda avanzar a acceso equitativo que generen situaciones de inequidad.

- Osman Gonzalez: Agradecer la presentación. Consulta por la gobernanza de la participación comunitaria, asociada al intersector y en la política de los gobiernos locales. Incluir las buenas prácticas. Consulta por figura de los agentes comunitarios.
- Patricia Pérez: trabajo en la U. de Concepción, integrante de la mesa de participación. Agradecer los comentarios para enriquecer la propuesta. Convencimiento que la promoción es importante para fortalecer la salud de persona, familias y comunidades y también del sistema sanitario. En la programación se planificaba lo curativo, lo preventivo y lo que quedaba era para la promoción. Se ve que la promoción es el tiempo que queda. Avances en la formación para que todas las personas podamos hablar de lo mismo. Planes comunales son acciones más bien preventivas, transitar de enfoque individual de cambio de conducta a cambio a entornos, comunas y municipios saludables. Mapeo de activos puede ser una tremenda oportunidad cuando el mapeo no sea un fin en sí mismo, sino que un medio para promover la promoción. Dinamizar esos activos. Tenemos que avanzar en indicadores salutogénicos. En los territorios se está haciendo mucho.
- Camilo Bass: Me preocupa homologar APS nivel y como estrategia, importante dar pie a corregir ese matiz. Con respecto a la participación es importante ver cómo puede ser vinculante, mirar más profundamente el sistema de salud brasileño como desde el espacio local va subiendo a la conferencia nacional de salud, que determina la política de salud del país. Agente comunitario clave, brasileño o argentino, la misma comunidad es la que los elige y se vincula con el equipo. Problema para que la promoción tenga impacto. Para terminar, los espacios de atención, dispositivos comunitarios en juntas de vecinos es una alternativa que nos puede solucionar el intermedio hasta aumentar la construcción.
- Alexis Valenzuela: Felicitar a María Eugenia, quiero contarles que en la mesa utilizamos el modelo de determinantes de la OPS. Participación si no es vinculante, no es participación, se diluye. Los dirigentes están cansados de ver cuentas públicas, y los aportes se van perdiendo en el tiempo.
- Rosa Vergara: Se nos ve como una amenaza, se nos cataloga como las “señora sapas”, es importante transparentarlo. Somos una meta sanitaria, meta 8, da lo mismo si somos 3 o 100. Participación consultiva o informativa, están obligados a cuenta pública. En San Joaquín se formó mesa tripartita: Centro de salud, usuarios y dirección de salud, donde se interlocutan mensualmente las políticas de salud de la comuna. Es insuficiente los consejos de las comunas, hay que revisar los consejos del ministerio de salud. No dejen decretos que después se borran, con nuevos gobiernos se cambia todo. Velar por NNA para cambiar el paradigma y la cultura. En ANCOSALUD realizamos congresos, autogestionados, participa en un congreso local, regional y después nacional para decirle a la autoridad política y sanitaria lo que esperamos.
- Andrea Rastello: Agradecer que existiera una mesa que tocara esta temática. Procesos políticos sociales, globales. Participación con un eje sustantivo en la toma de decisiones. Preocupación porque las metas no están con el enfoque de participación y promoción. Trabajo intersectorial debería estar orientando a toda la política pública.
- Cristian Rodriguez: Para nosotros como trabajadores nos importa acercarnos con los usuarios, y participar de actividades en conjunto, cerrando la brecha entre trabajadores y usuarios. Fenómeno que va en aumento de las agresiones al personal, delincuencia y narcotráfico. Enemigos cuando deberíamos ser aliados. Nuestras demandas como trabajadores más que tema salarial son condiciones de trabajo. Instancias de diálogo con la comunidad. Manejo de expectativas sobre los usuarios, lo que puede generar espacios para violencia. Reajuste para no perder funcionarios.
- María Eugenia Jaramillo: Agradecer el apoyo, y aporte de todos los participantes. Salud sin educación y sin el medio ambiente no existe.

# ACTA DE REUNIÓN

## **Presentación Mesa de Resolutividad:** Presenta Oscar Urrejola (FedColProf)

- Se adjunta presentación. Presenta Oscar Urrejola.
- Paula de Orué: Agradecer la presentación. Nivel secundario debe responsabilizarse y no puede pensar que la APS le resuelva los problemas. Redes asistenciales, secundaria y terciaria debería programar sus atenciones en función de los que la APS demanda y no desde lo que quieren ofertar. La APS debería “comprar” los servicios al nivel secundario y terciario para cambiar el enfoque. Leyes que protejan a los no médicos para la mejora de la resolutividad, triage del primer nivel de atención muchas veces no son solamente médicas. Problemas de resolutividad dentro del mismo equipo de APS, para poder ceder espacios.
- Roxana Sepúlveda: Trabajo coordinado e integrado en los distintos niveles de atención mejora la resolutividad. Redes dinámicas, con retroalimentación constante. Figura de coordinador de referencia y contrareferencia, en los hospitales, no hay personas que faciliten la coordinación. El nivel secundario sólo oferta el 30% de sus horas a las interconsultas que vienen de la APS. Hay muchas cosas que no se puede manejar por falta de insumos o exámenes, el gestor podría apoyar. Trabajo clínico no médico, herramientas legales de tutores, que conozcan lo que hacen en la APS y la realidad territorial de los usuarios.
- Osman Gonzalez: En la propuesta se pide que se trabaje en forma horizontal con los distintos niveles de atención.
- Julio Sarmiento: Llamado desesperado, muchas declaraciones de intención. Manejo de lista de espera ha fracasado, otro gobierno que se propone se va en collera. Es distinta ver la APS como nivel o estrategia. Lógica política de municipalizar la APS, secundario no tiene lógica sanitaria. SNS no tenía dividida la lógica primaria y secundaria. La existencia de una frontera es una aduana, se pierde energía, esfuerzo por pensar por fuera de la caja. En Cuba hay Policlínico mini CRS que genera una estrategia de especialistas por territorio. Abrir puerta, un piloto, dar la posibilidad de resolver cosas desde el APS, invertir la pirámide, el nivel secundario nos ve a nosotros como gestor de demanda.
- Camilo Bass: Precisar que el nivel secundario tiene mayor especialización tecnológica (no técnica). Pendiente el cuidado longitudinalidad. En el SINIM hay un 1 médico de APS por cada 1.800 personas. En Chile hay 60.000 médicos. Al no haber longitudinalidad, somos muy inefectivos. Con 1 médico cada 2.000 poder hacer este cupo de pacientes, impacto en supervivencia. El PSF hay actividades de APS que no tienen suficiente evidencia y que pueden no ser tan imprescindibles, dejar de hacer cosas que no aportan mucho, ejemplos: tantos controles de niños sano a niños sanos. CECOSF no sólo acortarlo a rurales, nos podemos jugar una mejor APS con ese modelo. Roces entre las profesiones, trabajo transdisciplinario, en la práctica se trabaja por separado y sin tanta definición de roles. Mirar que hace cada profesional e integrante del equipo. Nutricionistas y psicólogos con formación más comunitaria. En la red en las orientaciones para la planificación en RED, ejercicio de programar en red. CRR no es sólo que los pabellones produzcan más, sino que tiene una contraparte de exámenes y procedimientos que pueden acelerar el acceso a instrumentos diagnósticos.
- Rosa Vergara: Ruta de la interconsulta, piensan que la APS se desliga de nosotros, manda una IC a la secundaria y paciente queda muy preocupado. El divorcio de la APS, secundaria y terciaria que no conversa.
- Ricardo Fábrega: Tuve la suerte de participar desde el 2015 en OPS, como la visión de cubanos, chilenos y peruanos en capacidad resolutiva es distinta. Se entiende en Chile desde la oferta, lo que demanda la gente hay capacidad resolutiva. En Perú si está todo lo que se plantea hay capacidad resolutiva. En Cuba lo que importa son las necesidades de salud de la comunidad, y se cumple ese plan hay capacidad resolutiva. Visiones distintas pero complementarias. OPS 2014 recoge esas 3 visiones. Repetimos un debate que está avanzado en América Latina. Nos quedamos corto en cómo la medimos, anexo sobre qué es lo que queremos medir, como personalizar la capacidad resolutiva. En Chile la mediamos en la oferta médica. División de APS como estrategia y como nivel en el documento debe ser re evaluada. Poco operativo para que el primer nivel resuelva, el grueso de los temas se resuelve, y cuando no se puede, se debe gestionar el tránsito de la persona en la red. Primer, segundo y tercer nivel secuela la pirámide, no hay niveles superiores, lo que hay son redes.

# ACTA DE REUNIÓN

- Inés Guerrero: Con respecto a la derivación de acciones medicas que podrían hacerlas otros profesionales, con el resguardo de la parte legal, que no sucede con el resto del equipo. Hay un espacio para poder crearlo, pero estrictamente protocolizado, con guías clínicas claras. Especialistas que se forma y que deben devolver en APS, pero no tiene que resolver y llegan a hacer lo mismo que un médico general y se pierde lo que invertimos en formación. La devolución nunca ha sido bien gestionada, distinto al médico de familia. No estoy de acuerdo con hacerle menos controles a los NNA. Ficha única es una necesidad, a la que se tenga acceso. Si bien es verdad que al alta los pacientes pueden quedar en el aire, en el programa de prematuros llega bien claramente.
- Soledad Barría: Es necesario instalar un nuevo modelo de interacción de la red, basado en las necesidades de salud de ese territorio. Estamos todos por la salud del determinado territorio, toda la red. En las necesidades de salud del territorio es el objetivo principal de la red. El divorcio es de modelo y no de administración. Paradigma distinto, la red está para responder a las necesidades de la población. Nuestra APS no tiene techo, puede hacer todo aquello que se puede masificar. La atención oftalmológica, es un buen ejemplo, y se mejoró la capacidad resolutive. Si puede está disponible para todo el territorio, la APS puede instalarlo. Obligatoriedad de protocolos compartidos, pues ahora lo hace el especialista sin saber lo que hace la APS, no les creen a los exámenes y los repiten. Mejoras en la capacidad resolutive cuando los equipos conversan. Obligar a los hospitales a entregar a un porcentaje importante de horas a la APS. La estrategia de APS compete a todos, secundarios y terciarios, pues también deben tener responsabilidad territorial, asignándole a los especialistas del hospital responsabilidad de comunas y población a cargo. Responsabilidad del equipo de cabecera, seguir haciéndose responsable al emitir una interconsulta.
- Carolina Cabello: Trabaje en participación y soy trabajadora social, con los consejos de salud se revisan lista de espera no GES y priorización está basado sólo en criterios clínicos con una mirada biomédica. En una mirada integral también tienen factores que impactan en la evolución de su enfermedad. En el algoritmo en la clasificación de riesgo no se consideren determinantes sociales claves para la vida de las personas y sus comunidades. Por ejemplo: riesgo de deserción escolar en NNA que son derivados por TDAH.
- Roxana Sepúlveda: Trabajo en un hospital regional y soy encargado de contra referencia, priorizando IC, cuando la SIC está completa y se detallan los DSS pueden ser consideradas en el cuadro global. Y se complementa por falta de información.
- Pamela Equiguren: El dialogo da resultado que no son proyectables pues es fruto de un espacio colaborativo. Panorama en red norte es crítico, en una muestra aleatoria de paciente con cáncer de mama, genitourinarios, pulmonar y digestivos, el 75% de los pacientes tuvo gasto de bolsillo para el diagnóstico. Nivel secundario está funcionando con el terciario, no se puede derivar si no es mucha la certeza de cáncer, y los mismos requisitos del GES son de cáncer tardío. Varones consultan tardíamente, si no tienen redes de mujeres. Tener claro que las redes las integran personas.
- Ricardo Fábrega: Hay una frase clave en el documento donde dice que la resolutive es un cimiento de una APS universal. No vamos a tener valor si la gente no siente que le resuelven sus problemas. Hacerse cargo de navegar por el sistema, hay experiencias positivas en Chile. Experiencia de la resolutive del parto. Hay un acuerdo de las personas en lo materno infantil, sabe lo que tienen que hacer. En el mundo de los adultos no existe un acuerdo de una programación en red.
- Guadalupe Muñoz: Principios del modelo y aplica a los nodos de la red. Todos los indicadores de la red sinérgicos, vascular del hospital debe tener algo que decir con las amputaciones de los diabéticos de su población a cargo. Pensar los principios territorios, con nodos con indicadores compartidos, todos los dispositivos de la red con la misma lógica de la APS. Plan de salud comunal para toda la red.
- Soledad Barría: Concordemos elementos, nos quedan 2 mesas por ver (modelo y formación). Consideramos la posibilidad de generar 1 sólo documento, introducciones, muy concordantes. Documento transversal, armar una mesa transversal en base a las 5 mesas que puedan fusionar las 5 propuestas y tener un documento de posición y con propuestas diferenciales. 2 personas por mesa para llegar a síntesis. Propuesta es tener una sesión extra vía zoom para integrar rápidamente la mesa transversal que pueda sintetizar. Tenemos aún el desafío de los macrorregional, el primero en Concepción el 26 de septiembre.
- Acuerdo que la resolutive como gran prioridad política.

# ACTA DE REUNIÓN

- Propuesta Viernes 1 de septiembre de 11:00-13:00 hrs

Al final de la sesión se desarrolla un homenaje a la dirigente de ANCOSALUD Jimena Cofré, quien participó en la mesa de resolutiveidad. ANCOSALUD expone su caso como un ejemplo de que llegamos tarde, y que no hubo continuidad en su cuidado, y no se considera las opiniones y necesidades de las personas. Se solicita que este consejo pueda hacer una declaración, y generar condolencia a la familia. ANCOSALUD pidió a la ministra una investigación de este caso.

### III. ACUERDOS

	Acuerdo	Responsable
1	Crear una comisión de síntesis de los 5 documentos, para generar un documento de posición del consejo asesor APS-U. La comisión estará integrada por 2 representantes por mesa y otros voluntarios	Soledad Barría/Juan Pablo Rubio
2	Próxima sesión vía zoom para presentar documentos de formación y modelo el 1 de septiembre	Mesa modelo y formación
3	Presentar el eje 3 de la reforma al consejo asesor APS-U	Jeanette Vega