

ACTA DE REUNIÓN

Tema	9va sesión ordinaria consejo asesor APS-U	Fecha:	1 de septiembre 2023
Lugar	On line		
ASISTENTES			
1	Soledad Barría	Coordinadora ejecutiva consejo asesor. Ex ministra	
2	Cristian Rodriguez	CONFUSAM	
3	Jaime Ahumada	Comisión salud AChM	
4	Nirma Campos	AFUSAP DAP	
5	Daniela Paéz	FENATS DAP	
6	Rosa Vergara	ANCOSALUD	
7	Mónica Nuñez	Mesa de financiamiento	
8	Roxana Sepulveda	SOCHIMEF	
9	Mario Cruz	OPS	
10	Paula de Orué	SOCHISAL	
11	Camilo Bass	FONASA	
12	Osman Gonzalez	Mesa de resolutiveidad	
13	Guadalupe Muñoz	Mesa de formación	
14	Lautaro Fernandez		
15	Diego Silva	Mesa de formación	
16	Andrea Rastello	Mesa formación	
17	Ricardo Fabrega	Consejero	
18	Marjorie Braniff		
19	Cecilia Guzman		
20	María Eugenia Jaramillo	Mesa participación	
21	Mónica Nuñez	Mesa financiamiento	
22	José Gutierrez		
23	Jeanette Vega	Comisión reforma MINSAL	
24	Juan Pablo Rubio	Comisión reforma MINSAL	
25	Flavio Ayala	Comisión reforma MINSAL	
26	Anselmo Cancino	Comisión reforma MINSAL	
Responsable del acta: Juan Pablo Rubio Schweizer			

I. OBJETIVO DE LA REUNIÓN

1. Presentar y reflexionar sobre el eje III de la reforma de salud “Generar condiciones de vida saludable”
2. Presentación del documento modelo de cuidados
3. Presentación del documento de formación

II. DESARROLLO.

- Bienvenida y encuadre de la reunión por parte de la Dra. Barría. Se presenta a la Dra. Vega, dando el contexto de la necesidad de crear condiciones de vida saludable

Se realiza presentación del eje 3 por la Dra. Jeanette Vega (se adjunta al acta)

Discusión

- Camilo Bass: Consulta por el consentimiento explícito de las personas para el acceso a sus datos. Consulta además para un apoyo desde una perspectiva de salud pública, y no sólo dejar esa tarea en los equipos de APS, que muchas veces tienen sus preocupaciones mayores en lo asistencial.
- Roxana Sepúlveda: Consulta también por uso de información sensible, qué información se compartirá. Manifiesta preocupación por articulación con FONASA con el segundo prestador, en el nivel 2º y 3º, puede existir fragmentación del cuidado y pérdida de la continuidad (prestadores no institucionales).

ACTA DE REUNIÓN

- Soledad Barria: Preguntar respecto a un plan de salud comunal, cómo integrar hospitales comunitarios con las comunas, pues muchas veces dan prestaciones de APS, cómo es posible incorporar los en los planes de salud comunales.
- Jeanette Vega: Con respecto al consentimiento, el GSL es un visor no cambia bases de datos, hay información asociada a alertas (por ejemplo: requiere control crónico) sin especificar condiciones de salud e información sensible. Estudios de equipos jurídicos han analizado la privacidad de datos, ambos ministerios tienen la facultad por ley para tratar datos sensibles y sean usados para entregar beneficios, se está elaborando un convenio para ambos ministerios. La información se maneja en perfiles, lo que también resguarda la protección de datos. Con respecto a equipos de salud pública, todo el trabajo se ha realizado con todos los equipos ministeriales, y es preliminar para discusión en las comunas (por ejemplo, alerta de retraso de 2 vacunas según calendario eleva alerta a los equipos de salud). El trabajo ha sido consistente de todos los equipos. Mesa de infraestructura ha utilizado el geoportal para el rediseño de la infraestructura. Articulación con FONASA y la red, la idea es mejorar la reconexión a la red cuando se asigna el segundo prestador y que quede registrado en el registro clínico. Los dineros de segundo prestador, sabemos que la oferta pública no es suficiente, pero estamos mandatados por ley a la asignación de segundo prestador. Hospitales comunitarios están incluidos en gestión social local (GSL), todos los dispositivos de la comuna.
- Marjorie Braniff: Consulta por el sistema de georreferenciación puede considerar zonas de riesgo, para poder proyectar los servicios, prevenir y hacer promoción.
- Jeanette Vega: Es precisamente lo que estamos haciendo en la mesa de infraestructura, considerar las variables de vulnerabilidad a considerar.
- Osman Gonzalez: pide incorporar el componente cambio climático y zonas de riesgo.

Presentación Mesa de modelo. Presenta Guadalupe Muñoz (se adjunta presentación).

Discusión

- Paula de Orué: Agradece la presentación y menciona que fue parte de la mesa. Importante relevar 2 temas que son importantes. Cualquier programa que pueda tener la flexibilidad de cómo se van a utilizar los recursos (que los equipos puedan decidir cómo utilizarlos), el equipo de sector se mantiene como cabecera y asume todos los programas (donde pueden existir personas extras que llevan la orientación y los indicadores).
- Soledad Barria: Modelo ecológico que da cuenta de la complejidad. Tener en perspectiva el ECICEP, que va a cambiar el modelo de programas. Se ve la sinergia con lo planteado con la Dra. Vega desde la perspectiva del eje II y III.
- Osman Gonzalez: necesidad de incluir estudios epidemiológicos en los territorios, que falta para fortalecer el modelo. Factores de riesgo.
- Cristian Rodríguez: apoyo a los documentos propuestas. Como CONFUSAM le interesa especialmente que estas propuestas se vinculen con un financiamiento adecuado (per cápita y otros).
- Juan Pablo Rubio: Relevar el trabajo de la mesa, la propuesta más interesante son los nodos que generan, con una destino y objetivos que tienen que ser comunes en las RISS. En la fragmentación actual, no logran tener objetivos comunes que no conversan. Propuesta 3 realmente significaría un cambio transformador en el sistema sanitario. Objetivos comunes infecciona mayor coordinación y centrarnos en las personas.
- Camilo Bass: Coordinación de la red lo que plantea es adecuado, pero se plantea cómo pasar desde la perspectiva teórica a la práctica. Metas compartidas en la red y cómo hacerlas realidad. Cómo la comunidad puede tener cuotas de poder aseguradas, reflejadas en los planes de salud.
- Soledad Barria: Tema relevante es que no es posible pensar en una APS-U si no hay un cambio en el rediseño de la red. Cambiar la lógica de los hospitales con población a cargo. Si lo que mandata es el plan de salud comunal, tener un referente en el hospital. Territorializar las especialidades y la red.
- Guadalupe Muñoz: Programación es desde la red, desde realidad epidemiológica y diagnóstico participativo. Las demandas de la ciudadanía no se resuelven. La programación es a partir de la oferta, pero no desde la demanda. Los planes de salud deben ser progresivas. Eliminar los PRAPS y fortalecer el per cápita.

ACTA DE REUNIÓN

Presentación Mesa de formación, Andrea Rastello (se adjunta al acta)

- **Soledad Barria:** Agradece la presentación por el trabajo de la mesa.
- **Roxana Sepulveda:** Análisis completo y se agradece la participación del médico de familia en APS y la coordinación de la red, donde se ve un impacto significativo desde los establecimientos de alta complejidad. Importancia de la calidad de la formación de especialistas, y está en línea de CONACEM con la posibilidad de la recertificación. Formación en programas certificados. Se entiende el impacto de especialistas, se consulta sobre cómo potenciar la salud mental con enfoque comunitario. Especialidades básicas desde lógica en centro pequeños de especialidad comunales, pero no en los mismos CESFAM. No convertir los CESFAM en hospitales chicos. Programas de formación, no en todas las profesiones clínicas no están acreditadas, en la UFRO existe enfermería familiar y comunitaria, que hay que potenciarlo.
- **Hernán Sepulveda:** Desafío es cómo formamos profesionales para una estrategia de APS. Concepto de RISS, primer nivel resolutivo y equipos multiprofesionales. Problema de largo plazo, pues necesita de un actor clave que son las universidades. Rol rector de la autoridad de salud es fundamental. Si las universidades no están convencidas de su transformación del curriculum, hacia un rol país, todo se hace muy difícil. Como las universidades por el territorio se pueden transformar en una política institucional. En Bolivia hay un debate de cómo las universidades se adaptan a las necesidades del país. Educación interprofesional: si seguimos formando a todos los profesionales por separado, es muy difícil que después trabajen juntos como un equipo. El trabajo en equipo mejora la resolutiveidad, la idea es que se formen juntos y hagan prácticas tempranas juntos. Lógica siempre centrada en el hospital, cambio estructural en las universidades. Falta de interés en cómo llegan a formarse. Problema de gobernanza y rol de las universidades es fundamental.
- **Camilo Bass:** Tema fundamental, énfasis en el cambio del pregrado, desde primero trabajar con la comunidad y los futuros equipos de salud. Es fundamental buenos campos clínicos en APS, poner recursos y estándares que releven lo que es una buena práctica en salud comunitaria. Trabajo de egresadas, ver brechas hacia donde queremos ir. El año 2000 se planteó que el 50% de los médicos deberían ser médicos de familia, y actualmente somos el 10%, a pesar del incentivo que se generó el 2014. Plan de brechas. Especialistas focales en APS genera más gasto y más fragmentación. Modelo de consultoría es factible y falta normativa al respecto. Desarrollo profesional continuo: se cautela el desarrollo profesional con lo que cada profesional continua, en la estabilidad laboral hay que gestionar mejor.
- **Osman Gonzalez:** Felicitar por el trabajo desarrollado. Hay una parte en que la situación actual, cómo fortalecer la educación continua con foco en trabajo territorial y salud universal. Fortalecer encargado gestor, agente comunitario y el médico de familia. Relevar en ese nivel al médico de familia.
- **Cristián Rodriguez:** Interesante la presentación, el camino es el que se ha ido trabajando. Trabajo comunitario y mirada biopsicosocial. Tenemos bajo porcentaje de médicos de familia no son muy buenos, asignación de competencias profesionales tiene a un número muy específico. Nueva etapa en que TENS con harta oferta de diplomados, pero lamentablemente centrada en Santiago. Recibir diplomados a la carrera de los TENS. Revisar el programa de formación de médicos. Desde CONFUSAM plantean incorporar:
 - Modificación del art. 42 de la ley 19.378 para reconocer dentro de la asignación por estudios de postgrado a la categoría C.
 - Modificación de la Asignación de Competencias Profesionales para permitir la inclusión de nuevos médicos de Salud Familiar durante el año en curso a la APS que actualmente quedan fuera hasta el nuevo decreto anual.
 - Aumentar las restricciones para que no sea tan fácil renunciar a la devolución de becas de especialización médica en la APS
- **Paula de Orué:** Hay un problema pues los SS quieren internos y no alumnos curriculares. Cuando hay muchas universidades, se compite, y el trabajo en el territorio requiere al menos 10 años de trabajo (y los convenios son de 5 años). Un modelo en que el MINSAL pueda tener rol rector en distribuir los campos clínicos.

ACTA DE REUNIÓN

- **Soledad Barria:** No hemos conversado que es lo que queremos con la incorporación de alumnos tempranos. Proyecto de ley sobre campos clínicos, si no damos una fuerte opinión incorporando en la APS. El SNS en el 52 partió con una carrera docente-asistencial, en los hospitales y no se ha dado en la APS. Carrera asistencial docente con la APS, donde reconozcamos la capacidad de los profesionales en la formación. Qué hacer con la brecha de médicos de familia, vamos a esperar decenas de años en tener los médicos de familia que necesitamos, o un plan con médicos de APS puedan transformarse en médicos de familia (no un simple reconocimiento, un plan modular de especialización), que permita contar a 10 años con la totalidad de médicos de familia. Carrera profesional docente y por otra parte el cierre de brechas a corto plazo con la academia y los especialistas en medicina familiar, son urgentes.
- **Andrea Rastello:** Ver bien que modelo queremos. Trabajar con población más sana, se están entregando especialidades a otros profesionales sin reconocimiento de las especificidades en las que estamos formando. Capacidad en el impacto.
- **María Eugenia Jaramillo:** De acuerdo con la comisión de 10 personas para la síntesis. Agradecer públicamente la participación del ministerio en el congreso nacional de ANCOSALUD, pues la comunidad está muy satisfecha con lo logrado.
- **Guadalupe Muñoz:** Desarrollo de competencia y evaluación de desempeño en APS, hay un incentivo perverso de asignar recursos monetarios en función del desempeño.

Ideas finales y propuestas:

- Se propone que los documentos de las 5 mesas puedan quedar disponibles en la web del MINSAL o similar para que otras personas puedan usarlos/citarlos. Además se enviará a los departamentos y divisiones del MINSAL.
- Hacer una mesa transversal que una los 5 documentos, con un documento de posición de este consejo. El marco teórico es bien parecido, pero la idea es lograr armar 1 sólo documento de posición. Pedirle a cada comisión de una mesa transversal que pudiera generar un documento de síntesis, más práctico, aprobado por el consejo, llevarlo a macrorregionales y al ministerio. Tenerlo dentro de 1 mes.
- Macrorregionales ahora que ya está terminada el trabajo de las mesas la idea es poder acelerarlos. Paula de Orué en la Universidad de Concepción ya lo están organizando el 26 de Septiembre. Las y los SEREMIs pueden incorporarse, y armar los equipos motores. Paula especifica que la idea es poder transmitir por streaming, invitaciones para la próxima semana.
- Pendiente una nueva fecha con la Dra. Vega y otros avances en APS-U para presentarlos al consejo asesor.

III. ACUERDOS

	Acuerdo	Responsable
1	Conformar comisión de síntesis a partir de 1-2 representantes por mesa para poder construir dicho documento. Plazo durante Septiembre	Marisol Barria y Juan Pablo Rubio
2	Contactar a SEREMI con el consejo asesor a nivel de las macrorregiones para formar los equipos motores	Juan Pablo Rubio
3	Pendiente tema y nueva fecha del consejo asesor para mostrar avances de las comunas pioneras APS-U	Comisión reforma