

# Acta Reunión Ordinaria CCU HEP

San Bernardo, 21 de Noviembre 2024.



Sesión inicia a las 11:00 Hrs.

## Tabla

- 1.- Enfermera Fernanda Poblete hace charla de donación de órganos.
- 2.- Actividades
- 3.- Planificación estratégica
- 4.- Varios

## PRESENTES

Sergio Pizarro Cerda	Cesfam Carlos Lorca, El Bosque
María Eugenia Carvajal Ogalde	Cesfam Cóndores de Chile, El Bosque
Laura Quevedo Cordero	Cesfam Haydeé López, El Bosque
Alfredo Orellana Prieto	Cesfam Canciller Orlando Letelier, El Bosque
Gilda Espínola Vergara	Cesfam Santa Laura, El Bosque
Patricio Benavides Benavides	Voluntariado
Jorge Chamy Orpinas	HEP
Jacqueline Quilencheo Beltrán	Cesfam Juan Pablo II, San Bernardo
Karen Romero Tapia	Cesfam Dr. Raul Brañes F., San Bernardo
Alejandra Reyes	ASODEF
Mónica Rojas Strukely	Jefa Gestión Usuaría y Comunicaciones Hospital y CRS El Pino
Edgardo Villavicencio	Director HEP

## JUSTIFICAN

Gladys Campos Campos	Cesfam El Manzano, San Bernardo
----------------------	---------------------------------

## AUSENTES

Catherine Vargas Faúndez	Cesfam Padre Joan Alsina, San Bernardo
Sin Representante	Cesfam Dr. Raúl Cuevas, San Bernardo
Sin Representante	Cesfam Confraternidad, San Bernardo
Sin Representante	Cesfam Carol Urzúa San Bernardo
Sin Representante	Cesfam Dr. Mario Salcedo, El Bosque

**Reunión dirigida por jefa de Gestión Usuaría, Sra. Mónica Rojas Strukely**, quien junto con saludar, da la bienvenida a los presentes, agradece la asistencia e introduce que el director se sumará a la reunión cuando llegue del SSMS (Servicio de Salud Metropolitano Sur).

Explica, que por lo avanzado de la fecha, se puede suspender la actividad ampliada con la comunidad o hacerla digital, lo que se resuelve en conjunto con el consejo consultivo, hacerla de forma digital como fecha tope el 12 de diciembre para cerrar el plan anual de trabajo 2024.

### **1.- Charla de donación de órganos.**

Presentada por Fernanda Poblete, enfermera a cargo de la Unidad de Procuramiento del SSMS (Proceso de obtener los órganos y tejidos de un donante fallecido para poder ser trasplantados) el que hace la coordinación de la donación de órganos.

Esta charla es enfocada en la comunidad funcionaria, ya que se toma por capacitación, pero es importante llegar a la comunidad extra hospitalaria, lo que hace difícil reunir a la gente.

Es un tema que pocas veces se puede hablar y cuando se hace, surgen mitos que desinforman más que informan.

Existen distintos programas de donación, hay donantes vivos y donantes cadáver.

A nivel general, está la donación de sangre; de médula ósea; parte del hígado en vida; riñón entero el que 100% es por compatibilidad, siempre que el donante se encuentre en buenas condiciones, que no perjudique su salud, se hace un estudio exhaustivo en donante y receptor, para ver que haya compatibilidad. Ahora se están abriendo las posibilidades de donar a familiares, pero se hace un estudio, que sea de verdad un acto altruista y no haya de por medio intereses económicos, que por ley, no está permitido en Chile, además de no existir el tráfico de órganos, que es muy difícil, ya que es penado y por cómo funciona el sistema de salud en Chile, no existen ni hay registro alguno de clínicas clandestinas.

Hace poco comenzó el donante cruzado, que refiere a parejas que no sean compatibles, puedan ser donantes con otras personas y no solo tener la opción de un donante fallecido. El proceso es complejo, ya que se deben hacer coincidir que sean al mismo tiempo y no haya posibilidades de arrepentimiento. Esto se comenzó a iniciar en pandemia y ya se llevan 3 parejas cruzadas con otras regiones. La logística de coordinar el traslado a regiones se hace como en donante cadáver.

Todos estos nuevos procesos permiten ampliar las posibilidades de trasplantarse, ya que son muy pocos los donantes versus la cantidad de pacientes que hay en lista de espera.

Hay otros programas que son de tratamientos de cadera y de cabeza femoral. Cuando se ponen prótesis de cadera, en vez de botar lo que se saca porque falla, se procesa, se limpia, cultiva, toman exámenes y después puede servir para injertos óseos que se requieren para alguna cirugía. Lo mismo con la piel de la abdominoplastía, todo lo que se saca también se procesa y se puede usar para injertos como para quemaduras. Y también está el de membrana amniótica, que es una membrana transparente que se encuentra en la placenta, la que también se procesa, se cultiva, se irradia, la que después puede ser utilizada como parche biológico. Es muy beneficioso, se infecta menos. En el parto eso se elimina, pero ahora se está aprovechando. El SSMS está en vías de implementar eso.

Lo que más se hace es el de donante cadáver, que puede ser por muerte encefálica o parada cardíaca, en esta última, en Chile sólo se está haciendo la extracción de córneas. Para la extracción de órganos, se necesita que la sangre siga circulando, lo que se hace artificialmente una vez que se certifica el fallecimiento por muerte encefálica, con exámenes y previa aprobación de la familia, ya que es un acto voluntario. Esto no es posible cuando ocurre fuera de un centro de salud.

Toda persona es potencialmente donante, a no ser, que haga un trámite notarial en que desista de esta condición, la que también se puede revertir si se arrepiente y sí se quiere ser donante. En la actualidad, se le consulta a la familia si tiene algún documento que diga que su familiar no quería ser donante o que la familia manifieste que su familiar les informó que no quería ser donante firmando un documento que indique que la familia se está oponiendo. La recomendación es siempre que se hable con los familiares estando en vida.

No es lo mismo ser donante de órganos que donar el cuerpo a la ciencia.

Todo gasto, termina con el fallecimiento, dependiendo de la previsión del receptor, es quien paga todo lo que necesita para su trasplante, extracción, mantención, pabellón, etc.

La edad del donante es evaluable, alguien que se encuentra en buen estado puede donar hasta avanzada edad. En Chile lo más avanzado que se ha donado es entre 75 y 76 años.

La coordinación nacional es la que ve lo referente a la donación de células madres.

Por ley, no se puede entregar la información de quiénes son los donantes y receptores, es un delito.

El ISP (Instituto de Salud Pública) es la única entidad que hace el estudio de compatibilidad.

La donación de órganos es un programa nacional que incluye, clínicas y hospitales, por tanto, para pacientes de Isapres y FONASA (Fondo Nacional de Salud) la lista es única, la que no se ordena por antigüedad y tampoco el ISP tiene el nombre ni rut de la persona, sino que tienen códigos. Cuando se estudia un órgano, el más compatible sale primero, por eso los tiempos de espera para los trasplantes son diferentes para cada persona. En el caso de prioridad y no sea compatible el donante, se evalúa en cada caso el porcentaje de compatibilidad y se resuelve qué se hace según la condición del receptor.

La muerte encefálica empezó posterior a la parada cardíaca porque no se podía evaluar, porque no existía el ventilador mecánico, pero la muerte encefálica con ventilador mecánico, se ha podido estudiar más y se ha evidenciado, porque se está dando soporte al paciente mientras se está evolucionando la muerte encefálica, que es el fallecimiento de una persona, no hay duda en aquello, es la muerte real, es la causa de un daño neurológico severo, no es una creencia ni un estado de coma o estado vegetativo, esos son solo estados previos a la muerte encefálica, que no está más de 2 días conectado a máquinas, porque los órganos comienzan a fallar de todas formas, porque el cerebro ya no está aportando en nada y es que mantiene la presión sanguínea y el corazón puede latir.

Antes se hablaba de muerte cerebral, pero ahora el término correcto es encefálica porque incluye todo el cerebro, incluso el tronco que es el cerebelo. La corteza cerebral desde

abajo hacia arriba, el cerebro ha evolucionado, la parte más primitiva, se encuentra en la base, que permite respirar para vivir, mientras más lejos se encuentra el pensamiento y la movilidad. Depende de el daño, es que se ve si se llega a muerte encefálica o no, por ejemplo en un accidente vascular que el daño puede producir confusión, no permite expresarse bien, no podrá mover los brazos, perder la fuerza, no poder tragar, etc., pero si el daño es tan grande y empezó a comprimir hacia abajo, ya que la cabeza es dura y no tiene por donde expandirse, la que a veces se abre un poco porque se inflama, lo que da tiempo para recuperarse, pero cuando el daño es tan grande, que eso ni siquiera es una opción.

En el caso de los tumores cerebrales, se saca dependiendo donde se encuentren ubicados, porque se puede llegar a hacer más daño. Estas cirugías son muy complejas y no tienen un alto índice de solución.

Cuando se hacen reiteradas reanimaciones, se empieza a dañar el cerebro y es irreversible, por eso es el medio más seguro de definir una muerte y ocurre en el 2% de los casos, por ende, la posibilidad de donantes es muy baja.

El 2023 hubo 190 donantes a nivel nacional y el 2024 está más o menos en lo mismo y la lista de espera, es sobre 2.000 personas, nunca se va a eliminar la lista, porque siguen ingresando pacientes, pero se van salvando muchas vidas. Un donante puede donar entre 3 a 5 órganos y mucho más en tejidos. A los familiares se les informa todo lo que es posible donar y ellos son los que deciden si quieren donar todo o parte de los órganos y esa información se envía al ministerio que hace ingreso detallado de la donación y sus excepciones.

**Gremio y CCU** sugieren hacer una cápsula para difundir y hacer campaña para motivar a hacer la donación de órganos, además la importancia de darlo a conocer, también sobre la importancia de dar a conocer los requisitos para ser donante de sangre, ya que hay gran desconocimiento de la población respecto de eso.

**Enfermera** dice que igual es mejor la conversación directa, para explicar bien, pero se le sugiere agregar al final de la cápsula, un link o correo donde se puedan hacer consultas y respondan personas que realmente saben del tema para aclarar las dudas que puedan surgir.

**Enfermera** explica que los que no pueden ser donantes son las personas que hayan fallecido por septicemia, que esté con un cáncer activo o dado de alta hace poco o en estudio, que tenga VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) entre otros y todas las condiciones que puedan transmitirse al receptor quedan fuera de posible donante. Se hacen exámenes exhaustivos para verificar que el donante esté en óptimas condiciones y no sea un riesgo para el receptor.

Se puede donar dentro de los órganos, el corazón, pulmón, hígado, páncreas y riñones. Lo más común son los riñones e hígado, porque es de pacientes hasta de 75 años, en cambio el corazón es hasta como los 55 años al igual que el colón, y el páncreas como es más delicado, se espera que el donante tenga alrededor de 35 años. Entre los tejidos, del donante fallecido, se extrae una capa muy delgada de piel, la que se saca de los muslos y la espalda, también las córneas, huesos, tendones, las que después se reemplazan con prótesis, con injertos de plásticos para que no se pierda la forma.

Los principales mitos que se escuchan son: si se es donante se dejará morir, si fuera así, no tendría muerte encefálica y los órganos no estarían viables. Primero se hacen acciones para que el paciente mejore si es que se puede hacer algo, de lo contrario, que se mantenga y se regulen todas las condiciones para que se certifique la muerte como corresponde, que implica, manejo en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) soporte

mecánico, control serial, etc, es muy estricto, es todo lo contrario al mito, se trata que el paciente salga de su condición y si no sale, que esté lo más controlado posible. Que el cuerpo queda desfigurado, tampoco es así, ya que la extracción de piel no lo provoca, en el de córnea se saca una capa y si hay alguna diferencia, en la actualidad, se repara, a veces quedando mejor de lo que estaba, se preocupa de que quede limpio y presentable. Que la lista de espera favorece a la gente con dinero, mito que se relaciona, porque en el sistema público es donde más se generan donantes y en las clínicas, no es donde más se trasplanta, pero es donde más se publica y va quedando en el inconsciente que es así. El HBLT (Hospital Barros Luco Trudeau) está dentro de los que más trasplantan riñones del país, superando con creces a las clínicas, puede hacer 60 trasplantes versus 15 de clínica. Hay procedimientos que no se hacen en los hospitales, se hacen en las clínicas, por ejemplo una trasplante cardiaco, se hacen en hospitales, pero el área sur no tiene esa prestación, entonces los pacientes deben ir a una clínica a hacerse el tratamiento siendo FONASA, las clínicas también hacen trasplantes de pulmón y páncreas, que son más complejas. Las estadísticas muestran que el 75% a 80% de la población chilena está en FONASA y el 75% a 80% de los trasplantes son FONASA, es concordante con las previsiones que hay.

Por ley, no se puede hacer entrega de información de quién es el donante o receptor, para evitar que existan temas de acoso y sufrimiento emocional.

La página es **Chile país donante** en la que salen los mitos, estadísticas, donación, trasplantes, lista de espera, etc.

## 2.- Actividades

**Sra. Mónica** retoma el tema del encuentro que se haría con las comunas, para continuar en la exposición con el trabajo que no se ha alcanzado a desarrollar en el encuentro con los territorios y hacerlo en modalidad telemática, porque juntar gente en diciembre es difícil. Se debe pensar en hacerlo las primeras semanas de diciembre o primera quincena de enero.

También hay que empezar a ver el tema de las actividades de fin de año, lo que se hará y cómo hacer ciertas modificaciones al reglamento, hará una propuesta de cómo incorporar un par de párrafos, de tal forma que pueda contener aspectos que la nueva normativa vigente incorpora, que es tratar de sumar grupos que no sean solamente del área salud, sino otros grupos étnicos o agrupaciones de género, juventudes, pueblos originarios, incluso, si los integrantes del CCU tuviesen conocidos con interés de participar.

**CCU** indica, según información recibida, que la consejera Jacqueline Quilenceo podría representar a los pueblos originarios, pensando que el presente periodo del CCU está por cumplirse y probablemente ingresaría la presidente del CDLS de su CESFAM.

También sugiere que además de asistir el titular representante de los CDLS, asista un suplente como oyente y cuando el titular no pueda estar presente en una reunión, en esa ocasión el suplente esté como titular y sólo en ese momento, tenga derecho a voto en caso de ser necesario.

**Sra. Mónica** indica, que como hay reunión agendada para el 5 de diciembre, podría tener la propuesta para sacar la resolución en el corto plazo y el consejo también puede traer sus propias propuestas. El reglamento se encuentra disponible en la página WEB, en el área del consejo consultivo, donde se puede descargar el reglamento y el que lo necesite en papel, se lo imprimirá.

Explica que las Damas de la Fraternidad estaban asistiendo esporádicamente y que cesarían sus actividades entre noviembre y diciembre para retomar en marzo. Las Damas de Rojo no estaban asistiendo, pero hace 3 semanas habló con ellas en las que hubo

problemas de salud y después los conflictos de seguridad del hospital, por lo que dejaron de asistir.

Hay 4 cupos para el voluntariado en el CCU, que uno fue para el pastor como Capellán Evangélico, también se planteó a la Iglesia Católica, para que tuvieran un representante, previa explicación en qué consistía este consejo. Cuando le extendió la invitación a las Damas de Blanco, que son las que regularmente asisten, quedaron de pensarlo, y después desistieron. A las Damas de Verde no se les ha planteado, pero lo hará por si se quieren integrar y las Damas de Amarillo comienzan la próxima semana a retornar en forma oficial.

El pastor está en distintos temas en estas reuniones y también desde su experiencia en salud, en el tema de las damas, no necesariamente se tiene la misma lógica que se tuvo años atrás, que era exponer cada uno de los servicios y a ellas les servía para interiorizarse más. Hoy también se hace, pero más allá de la coyuntura hospitalaria, los temas puestos en agenda, el resto más bien son, planes, proyectos, dudas, consultas que el consejo trae por parte de la comunidad.

El director pidió que se hiciera un protocolo reglamento que se pudiera dar cuenta de todo lo que tenga que ver con la asistencia espiritual, desde cómo se solicita, quiénes pueden ingresar y cómo hacen las cosas.

Para la renovación del CCU, cada uno de los integrantes debe presentar la documentación y extenderá un correo a la APS para que confirmen y validen a sus respectivos representantes.

Explica que en la llegada de la virgen fue una actividad sobre la marcha y se comentó como reunión eclesial católica, pero el padre lo avisó con muy poco tiempo. Con respecto a esta otra actividad, comparte detalles sobre la organización del evento de la cruz, que se han hecho varias reuniones para abordar la fecha, la que fue cambiada en varias ocasiones por el arzobispado para que pudiera estar terminada la cruz como corresponde, en la última reunión se estuvo con el Círculo Chileno Cultural de San Bernardo, donde se vieron aspectos relativos a la distribución. Se despejará los estacionamientos donde se pondrán toldos, el círculo pondrá 50 sillas, el hospital tiene 30 sillas del auditorio iguales, además se tienen bancas y eso estaría listo, el audio es el que se tiene en el hospital, habrá un coffe muy ligero que implica café, agua, jugos y galletas.

Se solicitó ayuda a recursos físicos para el despeje de escombros del área, hay un maestro haciendo las terminaciones, la próxima semana se terminaría de instalar las placas, que dan cuenta de las personas o de los distintos credos que participaron en el financiamiento de la cruz y la elevación del muro; por parte institucional, cuáles fueron los directivos que participaron.

Falta la invitación formal del consejo y la gobernadora, están enviadas la de los alcaldes, delegada presidencial, gremios, servicio y ministra por correo e impresas 30 en papel que el círculo se encargaría de distribuir personalmente.

### **3.- Planificación estratégica**

**Director** explica haber participado de reuniones de la planificación estratégica del servicio junto a don Luís Roldán, Marcela Escudero y la doctora Natalia Gil que fue invitada de manera dirigida, donde se relevaron algunos puntos importantes, que tiene que ver con el trabajo en red, principalmente de los sistemas, que conversen y puedan funcionar de manera más expedita, salió el tema de la caída del Rayen (Sistema de Información Colaborativo con la Gestión Integral de los Establecimientos de Atención Primaria de Salud), también la calidad de la atención relacionada con el usuario y se les dió algunas

tareas a los equipos que se formaron para trabajarla y seguir monitoreando durante el tiempo para que se vaya aplicando las ideas o estrategias que quedarán en la planificación. Como hospital se está en espera de ese insumo para poder partir con la planificación estratégica propia, la que se está pensando programarla para la primera semana de marzo, pero este lunes se va al sorteo por el tema de la acreditación, por ende, está la preocupación que la posible fecha sea para enero o febrero, donde la gente tendrá que modificar sus vacaciones, por otro lado también está la posibilidad que sea para fines de marzo o abril, que estaría topando con la planificación estratégica, la que debería ser después de la acreditación.

Tiene la intención es armar un piloto, donde se pueda derivar los pacientes a la APS (Atención Primaria de Salud) y que no tenga que asistir al CESFAM y al hospital solo porque en el hospital se le da un medicamento que no está en la APS, eso es trabajo en red, partir con cosas pequeñas. Repetir exámenes actualizados provenientes desde los centros de atención primaria, es ineficiencia.

La manifestación de cómo solucionar los problemas, es la planificación estratégica a la cual el consejo está invitado a participar. Este proceso trata de ir separando y trabajando por grupos y temas, que será una instancia para sacarle el máximo provecho, dinámico y sacar una hoja de ruta con las prioridades para los próximos 4 años, empezar a trabajar dirigidamente y hacerle el monitoreo adecuado a todos los compromisos y esfuerzos que se dedicaran a esa línea de acción.

En base al como está el tema presupuestario, el servicio de salud tuvo que recopilar todos los presupuestos de todos los hospitales que tienen que ver con informática, almacenamiento de datos, servidores, etc. los juntó todo y con eso fue a pedir la evaluación de PICK (Procesador de Datos) a la DIPRES (Dirección de Presupuestos) para poder aprobar la licitación que que tiene que salir en los próximos años y que se podría estar con esto hasta el año 2028 en la misma situación, porque es lo máximo que se puede estirar el contrato, ya que los procesos son largos y engorrosos, y no hay forma de solucionarlo con la mirada integral de un sistema único.

En el equipo que se sumó en la planificación estratégica del servicio, fue el de la interoperabilidad, se deberá asumir que en los próximos años hay que ver otras alternativas paralelas para ver cómo mejorar el servicio, hay que buscar estrategias para hacer interoperar estos sistemas mientras llega una solución, el que puede no resultar o que resulte y no funcione.

La estrategia de hospitalización domiciliaria es una de las que hay que seguir explorando y explotando, así como se abrió la hospitalización domiciliaria psiquiátrica hace poco y se hará crecer, la que ya hizo eco en el ministerio con todos los ojos puestos, porque a futuro podría ser un proyecto ministerial y que quizás se replique en todos los otros hospitales. Para el hospital es bueno, porque se es bastante innovador en estrategias de este tipo. Sobre la teleconsulta en urgencia, está pidiendo visitar la Clínica Alemana, que son los pioneros en instaurar esta estrategia, porque construir más box sale muy caro y los que hay están ocupados. Aunque se ha escuchado mucho sobre teleconsulta, en el sistema público no hay nada formalizado, es decir, que como ministerio no se va a proveer este servicio para que todos hagan teleconsultas. Al final, cada uno hace su estrategia, contrata una cuenta de zoom que no está integrada con los otros sistemas quedando todo a libre merced de la creatividad de cada uno o algún atisbo de cada profesional. Teledermatología, funciona y ahora el hospital digital facilitó la célula de dermatología para atender más y sacar lista de espera en aquello y los pacientes serán evaluados por un médico general o uno becado de dermatología, la que es una vía más expedita. Es el puntapié inicial de la

teleconsulta con el hospital digital, con la idea de ingresar con todas las especialidades que tengan.

Partió también el CAU (Cardiología Acto Único) que el paciente asiste una vez y el cardiólogo lo evalúa con ecocardiograma, electrocardiograma y darle una respuesta a su problema, la idea es que el paciente se vaya a la APS con todas las indicaciones que dejó el cardiólogo y con el plan de tratamiento y si el médico de atención primaria tiene alguna duda pueda hacer la consulta. La idea es planificar que el paciente no tenga que estar constantemente en controles en el hospital, para poder liberar médicos que ocupan horas en controles y disponerlos para consulta nueva y disminuir la lista de espera.

**CCU** sugiere la importancia de tener reuniones, en lo posible, trimestrales con directores de APS, SAPU, SAR y médicos interconsultores de manera presencial.

**Director** indica que en pandemia se dispuso de una herramienta para coordinar la atención de urgencia, la que fue efectiva y valorada por los SAR y SAPU, visitó el SAPU del CESFAM Carol Urzúa, hizo charla de capacitación, evaluó la capacidad de su central de oxígeno de alimentación de equipo de nariceras de alto flujo, se estuvo presente y en comunicación directa, funcionando bastante bien y que quiere retomar.

Quiere hacer un piloto en el CESFAM Canciller Orlando Letelier y que al dar frutos se pueda replicar en los otros CESFAM.

La gran problemática de los médicos de SAPU, es que cuando se citan a reunión, no asisten, porque trabajan haciendo turnos.

Refiere que está trabajando en las bases de un comité de innovación, que estará conformado por personas multi-estamentales, la idea es que sea muy heterogéneo, de finanzas, recursos humanos, área clínica, área ambulatoria, etc. para recopilar las ideas de mejora que tengan todos los trabajadores del hospital, es difícil capturar todas las ideas que puedan ocurrir dentro del quehacer del día a día y es importante trabajar esas ideas. Eligirá a las personas y también dará un cupo a un integrante del CCU previo llenado de un formulario de inscripción.

#### **4.- Varios**

- El consejo consultivo de usuarios, se compone hasta este año por reglamento, por un integrante que represente a cada CESFAM (Centro de Salud Familiar) más el voluntariado espiritual y los gremios, pero se debe revisar los nuevos lineamientos que existen. Se dejará como tarea para el próximo año el hacer algunas modificaciones.

- Vicepresidente conseguirá lugar en la comuna de El Bosque para hacer el cierre de año, después de las elecciones a alcalde.

- Sra. Mónica enviará la invitación formal, para la inauguración de la cruz, que se realizará el próximo viernes 29 de noviembre a las 11:00 horas.

- La actualización de las credenciales se hará el próximo año al integrarse nuevos consejeros.

- El día 5 después de la reunión, se hará el armado del árbol de navidad y la entrega de regalos.

- **CCU** plantea la necesidad de hacer una movilización como usuarios, que es el que sufre las carencias del sistema de salud público para el próximo año, incluso comunicarse con el senador don Juan Luis Castro y se solicita la opinión del director, quien refiere que en este momento no sería muy conveniente movilizarse, en la actualidad se pidió lo que faltaba para terminar el año y se está en la espera si será o no aprobado. Presupuestariamente se estaría pasando noviembre, pero en diciembre, si no llega dinero, habrían cosas que se

tendrían que dejar de ejecutar y no se cumplirían los indicadores y se podrían caer. Se debe trabajar la información, intencionalidad y coordinación.

Sesión termina a las 14:05 hrs.

**Próxima reunión JUEVES 5 de diciembre 2024**

Correo: [consejoconsultivodeusuarioshep@gmail.com](mailto:consejoconsultivodeusuarioshep@gmail.com)

<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>
Secretaria de actas	Karen Romero
Vicepresidente	Sergio Pizarro
Jefa Gestión Usuaría y Comunicaciones	Mónica Rojas