ACTA CONSEJO DE INTEGRACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL (CIRA)

Servicio de Salud Magallanes

FECHA: 31 de Mayo 2019

LUGAR: Auditorio Hospital Clínico Magallanes

HORA: 10:00 – 11:30

NÓMINA DE ASISTENTES (25):

Sr. Nelson Reyes Silva. Director Servicio de Salud Magallanes.
Dra. Claudia Nocera Iavarone. Encargada Unidad Control de Gestión, DSSM.
Srta. Karin Uribe Soto, Profesional Unidad Control de Gestión, DSSM.
Sr. Iván Andrade Cabrera, Profesional Unidad Control de Gestión, DSSM.
Dr. Leonardo Isla, Médico Jefe SAMU, Servicio de Salud Magallanes.
Sra. Claudia Flores Alvarez, Profesional SGA. DSSM
Srta. Roxana Ojeda, Profesional Hospital Digital, DSSM.
Sr. Cristian Cabrera, Médico Asesor Subdirección de Gestión Asistencial, DSSM.
Sra. Marcela Contreras A. Enfermera Asesora Subdirección de Gestión Asistencial, DSSM.
Srta. Daniella Bizama Villa, Trabajadora Social Asesora Subdirección de Gestión Asistencial, DSSM.
Sr. Luis Álvarez S. Jefe Procesos Unidad Salud Mental, Subdirección de Gestión Asistencial, DSSM.
Sra. Marisa Pumarino, Asesora Unidad de Salud Mental, Subdirección de Gestión Asistencial, DSSM
Sr. Sadoc Ramírez Jaramillo, Director (S) Hospital Clínico de Magallanes.
Sra. Carolina Alvarado A. Hospital Clínico Magallanes.
Sra. Catalina Vargas Viano, Hospital Clínico Magallanes.
Dra. Soledad Bórquez C. Jefe Médico Consultorio de Especialidades, Hospital Clínico Magallanes.
Dra. Francisca Navarro, Subdirectora Médica Hospital Augusto Essmann, Pto. Natales.
Sra. Esmeralda Ruiz O. Directora Hospital Comunitario Marco Chamorro Iglesias, Porvenir.
Sra. Rosa Bidart Conejeros, Jefa Área Salud CORMUPA.
Sra. Ximena Paredes, Directora CESFAM 18 de Septiembre.
Sra. María Soledad Araneda, Directora CESFAM Mateo Bencur
Sr. Pedro Jofré, Director CESFAM Thomas Fenton
Sra. Erica Contreras, CESFAM Juan Damianovic.
Sr. Gabriel Vega, Profesional de Apoyo Área Salud CORMUPA
Srta. Lorena Ruiz, Enfermera Asesora Área de Salud COMPUPA
Sr. Jaime Arteaga, Kinesiólogo Encargado Posta de Salud Rural Villa Tehuelches
Sr. Roberto Ojeda, Encargado Posta de Salud Rural Río Verde.
Sra. Tatiana Leuquén A. Presidenta Unión Comunal Adultos Mayores.
Sr. Eleodoro Andrade, Representante Consejos de Desarrollo APS.

NÓMINA DE AUSENTES JUSTIFICADOS:

Sra. Gloria Ramírez, Directora CESFAM Carlos Ibañez.

TEMAS A TRATAR:

1. Resultados Compromisos de Gestión Primer Corte año 2019.

2. **Tuberculosis:** Informa Situación Epidemiológica Nacional y Regional a la fecha.

3. Diseño Proceso Atención en Red para ulceración y tratamiento del pie diabético: Capitulo II Identificación de la Oferta.

ACTA CONSEJO DE INTEGRACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL (CIRA)

Servicio de Salud Magallanes

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

Siendo las 10:00 de la mañana, Sra. Daniella Bizama Villa, Profesional coordinadora reunión CIRA del Servicio de Salud Magallanes da la bienvenida a los/as asistentes, informando que en esta oportunidad se darán a conocer los resultados del Primer Corte de los Compromisos de Gestión año 2019, el informe a la fecha de la situación epidemiológica nacional y regional, y finalmente se informará sobre el avance en el Diseño del Proceso de Atención en Red para la ulceración y tratamiento del pie diabético (capítulo II).

1. **Resultados Compromisos de Gestión Primer Corte año 2019.**
   Expone: Dra. Claudia Nocera Iabarone.

   De presentación se extraen lo siguientes datos importantes:

- El marco metodológico sobre la cual están construidos los COMGES tiene que ver con instrumentos como los Objetivos Estratégicos (ENS), el Plan de Gobierno y el Modelo RISS con sus 4 pilares estratégicos, los cuales están claramente identificados en los Compromisos de Gestión. Los COMGES se mantienen en durante 4 años, estamos iniciando este período, y de las cosas nuevas que traen, tiene q ver principalmente con preponderar aquellos resultados de impacto sanitario, gestión de listas de espera, articulación de la Red.

- Los comges son 25 lo cual se traduce en 86 indicadores distintos que no necesariamente se miden en todos los cortes, si los separamos por pilar de RIIS, por lejos el pilar que más comges tiene y que más indicadores evalúa es Modelo con 67 de los 80 y tanto, los otros 3 pilares, gobernanza, organización y asignación tienen 4, 8 y 7 indicadores respectivamente.

- **Resultados del Primer Corte:** Cada COMGES pesa relativamente un 4% de la evaluación total del Servicio para cada corte. Para este corte hubo 6 que no se midieron, por lo tanto, la evaluación final de este corte no fue 100% sino que el máximo total era de un 89,47%. Nuestro Servicio, nuestra Red Asistencial terminó con una evaluación de un 79,21% que traducido a la escala del 100% nos dejó con un 88,05% de cumplimiento y nos dejó evaluados en el quinto lugar del país de los 29 Servicios. Este resultado es muy bueno, pero acá podemos ver que el año pasado para el primer corte tuvimos un 95% de cumplimiento, pero cuando terminamos la evaluación anual, terminamos con un 87% que nos dejó en el lugar 27 de los 29 Servicios del país, un resultado pobre. A diferencia del año pasado, este año la evaluación de cada meta no tiene que ver con el resultado que alcance solo a diciembre, sino que es el promedio del resultado que obtienes en marzo, en junio, septiembre y en diciembre, de manera que, si la meta para marzo es cumplir con un 25% de un comges y no lo cumplimos, no vamos a tener jamás el 100% de cumplimiento, aunque en diciembre hagamos la pega.

- En Gobernanza y Estrategia se encuentran los COMGES 15, 16 Y 17 en los cuales podemos ver el cumplimiento del Servicio y por Macro Región en este pilar estamos mejor evaluados que nuestra macro red y mejor evaluados que el país, estamos súper bien. Respecto del ámbito organización y gestión, donde está Recursos Humanos, capacitaciones y algunos otros, también tuvimos un muy buen cumplimiento respecto de la macro red y del país, y se nos cae un punto esperable que se cayera que tiene que ver con el ausentismo, este es uno de los temas que requiere una intervención mas a largo plazo, respecto a la macro región nosotros quedamos en 0, macro región en un 46% de cumplimiento de la meta. Ámbito de asignación de recursos e incentivos, está la deuda, el presupuesto y acá tuvimos un 100% de cumplimiento al igual que la macro región y el resto del país. Y aquí está el pilar de Modelo, la gran mayoría de los otros COMGES están alineados aquí; aquellos comges que están con un 100% son aquellos que cumplieron con lo que se pedía al corte de marzo,

lo que no necesariamente significa que vayan a tener un buen cumplimiento en junio en septiembre y en diciembre, ya que cada uno tiene alguna exigencia particular que cumplir.

- **Resultados destacados:** Coordinación de Redes, tanto del CIRA como de la Macro Red está muy bien evaluado, la programación de profesionales de atención primaria y en algunos casos la hospitalaria, acá en la nota nos fue muy bien sin embargo necesitamos revisar las planillas de programación, porque efectivamente en el promedio cumplimos pero cuando revisamos en detalle hay algunos sobre cumplimientos que hablan de que el proceso se puede mejorar, lo mismo con el proceso de agendamiento, muy bien la atención primaria, cumple con todos los criterios de calidad que pide la agenda, tiempos de espera de consultas nuevas, bien, se cumplió con la exigencia del primer corte, tiempos de espera de intervenciones quirúrgicas también, reducción de tiempos de espera en consultas nuevas odontológicas también cumplido, fortalecimiento de la salud bucal, esto tiene que ver con la organización de los cupos vía PRAPS de APS, Salud Mental infanto adolescente que tiene relación con las consultorías de APS, ahora hay que cumplir con el calendario de todas las consultorías, Salud de las personas mayores, aquí cumplimos con el porcentaje de todas las acciones que estaban comprometidas, procesos de hospitalización también cumplimos, nos costó sacar este indicador a nivel de hospitales provinciales y clínicos, gestión de inventarios y medicamentos en farmacia, aquí felicitaciones a los equipos de farmacia, porque fue por lejos el COMGES mejor evaluado del país, el 19.2 donde solo 2 servicios fueron capaces de presentar evaluación y entre ellos magallanes fue por lejos el mejor evaluado.

- **Resultados a Mejorar:** Programación, hay cosas que mejorar en las planillas de programación, hay referentes técnicos en el servicio y en cada uno de los recintos hospitalarios, lo mismo en APS, si es necesario hacer un acompañamiento más cercano en los establecimientos se solicita, lo mas importante es avanzar, lo mismo en agenda, aún debemos ordenar algunas cosas, atención de urgencia, aquí hay un indicador que nos pide redireccionar a todas aquellas personas con enfermedades crónicas que consultan en la urgencia hacia la atención primaria e incluso hacia las postas rurales, este es un indicador difícil de coordinar por la complejidad que tiene, Valeska Widemann esta a cargo de este indicador en el cual hay que trabajar arduamente, se nos cayó este indicador en consulta de urgencia hospitalaria, pacientes categorizados ESI 2 con un tiempo de espera mayor a 30 minutos, procesos de hospitalización el índice funcional del Hospital Clínico, es el único indicador donde tiene que ver sólo el Hospital Clínico. El otro indicador de Procesos quirúrgicos Muchos de los indicadores son cooperativos, es decir, si yo evalúo un proceso en el Hospital y en Natales, Porvenir y Williams, la sumatoria de ellos me va a dar el resultado, pero este no es la sumatoria médica de los 4 establecimientos q participan, sino que cada uno tiene una tabla de valoración del resultado, es importante leer las tablas de valoración porque no son todas iguales, si se nos cae uno se nos caen todos.

- Como Unidad de Control de gestión, les solicitamos a los establecimientos que nombren a un referente técnico en cada establecimiento, de manera que haya interlocutores validos entre los referentes del servicio y los referentes hospitalarios. Calendario COMGES, próximo corte a Junio, se envía los medios de verificación la tercera semana siguiente al mes de cada corte hay que enviar los medios de verificación y nosotros los pedimos al inicio de esa semana, a modo de poder hacer la revisión de los medios de verificación, habitualmente detectamos errores de forma mas que de fondo que a veces hacen que bajen los puntajes de evaluación, el Ministerio es súper duro en esas cosas si le piden que tenga cumplimiento del componente A, B y C, debe ser así, sino cumple tenemos el proceso de apelación. Lo que estamos pidiendo Control de Gestión a los referentes del Servicio es que ojalá un mes antes de cada corte nos manden un pequeño informe que nos de cuenta de como va y como se visualiza el resultado de cada corte de manera que tengamos capacidad de respuesta para poder arreglar.

- Habilitamos un mal de control de gestión del Servicio de Magallanes, la Unidad esta compuesta por Doña Karin Uribe quien se incorporó hace ya varios meses, Iván Andrade, quien lleva un tiempo ya y quien les habla, a si es que vamos a estar validando este instrumento y otros más. Muchas gracias por la atención.

2. Tuberculosis: Situación Epidemiológica Nacional y Regional a la fecha.

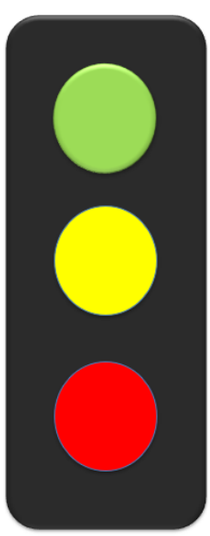
Expone: E.U Marcela Contreras, Referente Programa Tuberculosis SSM.

De presentación realizada se destaca lo siguiente:

- Se presenta la evaluación del primer trimestre del programa y los índices de pesquisa que es nuestra primera tarea en la cual tenemos que estar enfocados para poder mejorar los índices epidemiológicos que tenemos en la región.

- Los índices de pesquisa del primer trimestre correspondientes a la atención primaria y a la atención secundaria y terciaria que son la evaluación de las consultas que se realizan en horario diurno. Hay un aumento importante en el índice de pesquisa de la Atención Primaria con 5 CESFAM que están por sobre el índice de pesquisa que tenemos indicado como meta individual que son las 25 baciloscopias por cada 1.000 consultas en mayores de 15 años, aquí ha habido un esfuerzo importante por parte de APS en subir sus índices de pesquisa, destacando al CESFAM Juan Damianovic con un índice de abril de un 84.5 lo cual es ideal y el resto de los CESFAM también han ido en aumento sobre todo en marzo y abril que son las baciloscopias que se realizaron después de que se hizo la supervisión desde el Ministerio.

- En amarillo están los CECOSF y CESFAM que están con un índice de pesquisa sobre 10 que fue el índice de pesquisa que tuvimos el año pasado, pero que no alcanzan al 25 que es lo que tenemos como meta, destaca el CESFM 18 de septiembre que todavía tiene un índice de pesquisa bajo en relación al resto de los CESFAM, a si es que este establecimiento debe poner un poco más de énfasis en la pesquisa, lo ideal es que empiecen a identificar los grupos de riesgo y en base a esto hacer una pesquisa más dirigida. El CECOSF Damianovic tiene el índice de pesquisa mas bajo en la APS, desde abril en adelante deberían empezar a repuntar ya que hubo una intervención. En total para la atención primaria el Índice de pesquisa es de un 28, 3 lo cual es bueno.

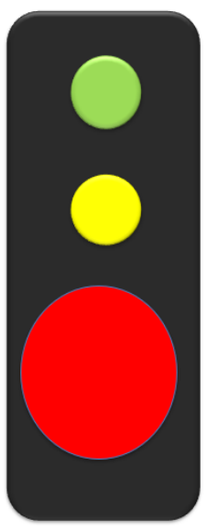


Índice de pesquisa diurno, primer trimestre 2019

ATENCIÓN PRIMARIA					
ESTABLECIMIENTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	TOTAL
J. DAMIANOVIC	11	12,9	43,6	84,5	35,8
MATEO BENCUR	15,9	26,7	78,8	23,3	34,3
THOMAS FENTON	28,4	32	31	31,8	30,8
NATALES	30,5	27,9	24,1	31,4	28,6
CARLOS IBAÑEZ	12,4	0	43,6	45,5	26,7
CECOF BENCUR	14,4	5,6	26,9	31,1	19,4
18 DE SEPTIEMBRE	18,5	29,5	13,2	11,9	17,1
CECOSF RÍO SECO	9,6	0	50	0	12,5
CECOF DAMIANOVIC	0	0	0	16	4,5
TOTAL	18,6	20	38,3	36,6	28,3

ATENCIÓN SECUNDARIA/TERCIARIA					
ESTABLECIMIENTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	TOTAL
HOSPITAL NATALES	7,7	7,8	17,6	6,5	9,3
HOSPITAL CLÍNICO	2,3	1,8	3,6	3	7,7
HOSPITAL WILLIAMS	6,6	36,4	0	0	7,2
HOSPITAL PORVENIR	0,8	5,1	2,5	5,7	2,9
TOTAL	2,82	3,05	5,52	3,59	3,51

- En relación a la atención secundaria y terciaria, el índice de pesquisa es bastante bajo, el total del primer trimestre es de un 3,51 lo que significa que, a nivel de hospitales, en las atenciones en CAE y hospitalizados, se están pidiendo prácticamente 4 baciloscopias por cada 1.000 consultas, por tanto, es un índice que hay que mejorar y que requiere de conciencia en los equipos.
- El índice de pesquisas de la atención de urgencia que es el talón de Aquiles que tenemos como red asistencial, aquí podemos ver que no existe mucha conciencia de solicitar la baciloscopia en el servicio de urgencia, no se ve la baciloscopia como un exámen de urgencia, es decir se ve como que el paciente no se va a morir si no se le pide la baciloscopia, pero lo que sabemos es que la mayoría de los pacientes consultan en los servicios de urgencia, por ende esta es nuestra puerta de entrada y aquí es donde están llegando los pacientes sintomáticos respiratorios y que no están siendo pesquisados allí, entonces tenemos dos escenarios que nos están trabajando para el mismo lado ya que APS está haciendo todos los esfuerzos para fomentar la pesquisa pero como los pacientes están consultando también en la red de urgencias y allí no se pesquisa, nos hecha abajo todo el índice de pesquisa que pudiéramos tener como región , Tenemos un trabajo importante que hacer nosotros como nivel intermedio para concientizar a los equipos y también aquellos que tengan el poder de decidir sobre los servicios de urgencia para poder fomentar la pesquisa en estos lugares.



Índice de pesquisa Atención de Urgencia, primer trimestre 2019

ESTABLECIMIENTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	TOTAL
HOSPITAL NATALES	1,6	2	6,7	4	4,8
HOSPITAL CLÍNICO	0,3	0,4	0,6	0	0,3
TOTAL	0,7	0,8	2,5	2,7	1,7

ESTABLECIMIENTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	TOTAL
SAPU DAMIANOVIC	4,1	0	2	8,9	4
SAPU BENCUR	1	5,4	3,4	1,6	2,7
SAPU 18 DE SEPTIEMBRE	4,9	7,2	0	0	2,6
TOTAL	3,3	4,0	1,9	3,6	3,1

- En la lámina anterior se pueden ver los índices de pesquisa del Hospital de Natales y Clínico, también por cada SAPU. Nos queda mucho que concientizar en la Red de Urgencias, y esto nos queda como tarea.
- Hemos tenido un aumento importante de tuberculosis en la región, tenemos 113 casos de tuberculosis en la Región hasta esta semana, los últimos 2 casos fueron diagnosticados el día martes en pacientes hospitalizados. Es importante este número porque en todo el año 2018 tuvimos un total de 20 pacientes, por lo tanto, en este primer trimestre ya llevamos un 65% del número de pacientes del año pasado, probablemente tiene relación con el aumento de la pesquisa, pero lo que nos hace poner atención es que el diagnóstico de ha hecho un 15% en aps y el resto se esta haciendo en hospitalizados. De estos 13 pacientes 11 tienen presentación pulmonar que corresponde a lo que vemos habitualmente, 4 de estos pacientes corresponden a recaídas de tratamientos incompletos en años anteriores y es una población relativamente joven. Tenemos 2 pacientes con co infección VIH, y 2 pacientes en tratamientos de segunda línea y 1 paciente multidrogoresistente.

- Más de la mitad de los pacientes ha sido diagnosticado por PSR, la utilización de la PSR dentro del diagnóstico está teniendo un papel relevante.

- Informar que la próxima semana los días 6 y 7 se va a realizar la jornada regional de tuberculosis, en relación a esto insistir en que puedan participar la mayor cantidad de los referentes técnicos de los programas ya que es una muy buena oportunidad de capacitarse.

2. **Diseño Proceso Atención en Red para ulceración y tratamiento del pie diabético:** Capitulo II Identificación de la Oferta.

   Expone: E.U Claudia Flores, E.U. Referente Programa Cardiovascular SSM.

- En la reunión CIRA del mes pasado, presentó la caracterización de la demanda, en el CIRA de hoy, presentaremos la oferta, importante señalar que somos el único Servicio de Salud del país que tiene todos los establecimientos de Atención Primaria con equipos Doppler vascular para hacer la medición de ILSE tobillo brazo, no solamente la atención primaria, sino que también hicimos una entrega de este equipo al hospital clínico, em Diciembre del año 2017, lamentablemente hemos pesquisado que no se esta utilizando en todos los pacientes, entregamos también los insumos de curaciones avanzadas por medio del programa, cardiovascular, por ende es importante reforzar que se utilice este equipo y los insumos, también hemos hecho un esfuerzo por comprar botas de descarga, las cuales están disponibles físicamente en el hospital y los establecimientos que las soliciten deben pedirlas al Sr. Jaime Latapiat que es el químico farmacéutico del Servicio de Salud y el hace la coordinación para que les entreguen las botas de descarga.

Varios:

- Sra. Tatiana Leuquén plantea el tema de las licencias médicas, ya que hay muchos usuarios que al llegar a la urgencia del hospital y requieren licencia los mandan a la atención primaria para pedir la licencia, este tema ya se ha abordado en varios CIRA y se sigue repitiendo, además, la demanda no atendida que no se registra en el caso de los SAPU acude al clínico, y debemos esperar 5 o 6 horas porque somos categorizados C4 o C5, la Red debe buscar una manera de subsanar esta situación ya que finalmente somos los usuarios los afectados. La población en general ha crecido y habrá que ajustar quizás mas profesionales o no sé cuál será la respuesta. Sra. Rosa Bidarte señala en relación al comentario anterior que siempre va a existir una demanda que no va a ser atendida, primero había un médico en SAPU, ahora tenemos 3 y a veces hay mas cuando se refuerza por alguna contingencia, la idea es que una vez q este el SAR podamos aumentar la cobertura en urgencias y también es deber nuestro como atención primaria educar a la gente de que un resfrío no es una urgencia, los CESFAM tienen horas de urgencia en la mañana para pacientes q llegan enfermos y esto se llama poli de choque. En cuanto a las licencias médicas, apoyo lo que señala la Sra. Tatiana, el usuario llega al sapu o al CESFAM desde otro establecimiento y obviamente el médico que lo ve no le puede dar licencia por algo que no vio entonces el paciente es atendido dos veces y se pierden recursos, además envían a usuarios a retirar fármacos con diagnóstico, si el diagnóstico es de aps asume aps el medicamento. Esperemos que esto se resuelva una vez que se instale el SAR.

- Dra. Natales menciona que llegó desde el Ministerio un oficio respecto a las licencias médicas donde señala que cada médico que indica el reposo es quien debe dar la licencia al usuario/a, la instrucción que se dio a los directivos de los establecimientos es difundir esta información a los médicos que emiten licencia.

- Dr. Cabrera señala que el médico que ve al paciente tiene la obligación de hacer la licencia cuando corresponde pero también tiene la facultad de decidir que a la persona no le corresponde el reposo médico por lo tanto no hay que ponerse del otro lado en el sentido de que el paciente llegue a exigir que se le emita la licencia médica, ya que en muchos casos el médico puede estimar que no la necesita y el paciente va a hacer un reclamo, o también en oportunidades el paciente llega después de haber faltado varios días a su trabajo y llega a solicitar una licencia retroactiva cuando uno no puede dar fe de que efectivamente estaban enfermos previamente.

- Sra. Rosa Bidart señala que la dificultad se presenta cuando en la hoja de urgencias (DAU) el médico coloca reposo y ese reposo no se puede justificar con esta hoja, sino que se requiere una licencia, a eso nos referimos cuando se habla este tema de las licencias.

- Director SSM Sr. Nelson Reyes Silva, señala que esto nos indica que estamos con un problema de comunicación en la Red, como dice el Doctor Cabrera, efectivamente el profesional es el que determina cuando o no el paciente va a darle una licencia y es importante la indicación del Subsecretario que la licencia debe ser dada por el profesional que lo atendió, y si pasa lo contrario nos tienen que informar porque en este oficio esta indicado que debemos tomar medidas en estos casos. Respecto a las atenciones de urgencia en estos periodos tenemos una sobredemanda en las atenciones de urgencia, hoy día nos falta capacidad para dar respuesta a todo lo q es la urgencia, esperamos el SAR para poder dar mayor capacidad, pero ustedes saben que cada vez que inauguramos un centro ya estamos chicos, siempre estamos quedando por debajo de la demanda, por esto es importante que la gente entienda y ahí hay que educar que no saturen a los hospitales en los servicios de urgencia centro de urgencia para consultar por patologías que son menores porque lo único que vana lograr es que estarán esperando y empezaran a hacer los reclamos cuando lamentablemente la patología que consulto tiene que esperar

- Director (s) Hospital Clínico Magallanes Sr. Sadoc Ramírez, señala que recoge el guante respecto a que hay que reeducar respecto al tema de la licencia médica, y que esto no es opcional sino que es un deber del paciente que si requiere la licencia medica tiene q ser extendida por nuestros médicos, nosotros reiteraremos esta indicación a nuestro equipo medico de la urgencia, y si esta situación se mantiene les pido que vuelvan a informar para poder hacer que se cumpla lo que hemos dispuesto en esta reunión.

- Sra. Rosa Bidart señala que en la reunión CIRA anterior, se planteó la posibilidad de tener una reunión con el Hospital Clínico para ver estos casos mas domésticos respecto a la atención de urgencia y derivación de pacientes a la atención primaria que no son de la atención primaria, así que espera que de aquí al CIRA siguiente podamos hacer una coordinación.

ACUERDO:

- Se acuerda ver el tema que señala D. Rosa Bidart con jefatura Sra. Ximena Lorca L, para poder coordinar la reunión con el Hospital Clínico.

Finaliza la reunión siendo las 11:30 Hrs.