



ACTA DE SESIÓN N° 125

Proyecto / Tema	Reunión Consejo Consultivo GES				
Fecha inicio	20/01/2023	Hora inicio	9:00	Lugar	Reunión virtual en plataforma Zoom
Fecha finalización	20/01/2023	Hora término	10:30		
Consejeros	Representación- Organismo				
Emilio Santelices	Presidente Consejo Consultivo. Designado por S.E. el Sr. Presidente de la República				
Cecilia Albala	Vicepresidenta Consejo Consultivo. Representación Academia Chilena de Medicina				
Fernando Chuecas	Representación Facultades de Medicina				
Margot Acuña	Representación Facultades de Medicina				
Patricia Acuña	Representante Facultades de Química y Farmacia de Chile.				
Fabián Duarte	Representante Facultades de Economía o Administración de Chile				
Sandra Alvear	Representante Facultades de Economía o Administración de Chile.				
Soledad Velásquez	Designada por S.E. el Sr. Presidente de la República				
Rodrigo Castro	Designado por S.E. el Sr. Presidente de la República				
Otros Participantes					
David Sanhueza	Médico Especialista en Hospital El Pino				
Participantes Ministerio de Salud					
Carolina Mendoza	Jefa (s) del Departamento de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)				
Ana María Merello	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas temáticas (DIGERA)				
Andrea Guerrero	Jefa del Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud				
Trinidad Covarrubias	Profesional, Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud				
María Teresa Soto	Profesional, Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud				
TABLA					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión y aprobación del acta anterior. 2. Presentación de cirugía metabólica/bariátrica (Dr. David Sanhueza) 3. Presentación de listas de espera GES – DIGERA (Ana María Merello) 4. Varios 					

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Revisión y aprobación del acta sesión anterior.

Se acuerda que cada consejero/a enviará vía email, su aprobación al acta anterior para validar y publicar en la página web.

2. Presentación Dr. David Sanhueza - "Importancia de la cirugía metabólica: una mirada desde la diabetes"

El objetivo de esta presentación es mostrar el impacto de las cirugías bariátricas en el manejo de pacientes diabéticos.

A nivel mundial esta enfermedad ha ido en aumento considerable. Esta intervención quirúrgica llamada cirugía bariátrica se puede realizar de 2 formas: como manga gástrica o como bypass gástrico. Ambas producen beneficios en la reabsorción calórica. También, se muestran resultados de algunos estudios de investigación los cuales son favorables al relacionar esta intervención con pacientes diabéticos. Se observa que hay relación de esta intervención en la remisión de la diabetes, lo que significa que durante un año al menos, los pacientes normalizan su glicemia, sin requerir medicamentos. También se ha observado remisión parcial, que quiere decir que se mantienen en un estado de pre-diabetes. Los predictores de la remisión pueden ser: la edad, los años de duración de la diabetes (menos de 8 años), no haber usado insulina, la mantención de la pérdida de peso y controles glicémicos previos a la cirugía.

La Asociación Americana de la Diabetes incluye la cirugía bariátrica como una alternativa al tratamiento de la diabetes. En la recomendación del año 2022, se establece que con índices bajos de obesidad se puede utilizar como alternativa terapéutica. También se incluye en la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud desde el año 2010, así como en las guías latinoamericanas en el año 2013. Además, el año 2018 las sociedades científicas de endocrinología y diabetes, y la de cirugía bariátrica y metabólica señalan los criterios de 20 expertos nacionales, donde se destacan:

- *Se sugiere hablar de mejor control de la enfermedad, en vez de remisión como objetivo terapéutico en el caso de la cirugía metabólica en pacientes con Diabetes Mellitus 2 (DM2), con un grado de consenso C.*
- *Se recomienda la opción quirúrgica para lograr remisión cuando la DM2 tenga menos de 10 años de evolución (grado de consenso U).*
- *Se sugiere no descartar la cirugía metabólica en enfermedades con menos de 1 año de evolución, aunque no sea posible reconocer en tan corto plazo aquellas que evolucionarán a dependencia de insulina (grado de consenso C).*
- *Se recomienda, antes de considerar la cirugía metabólica, descartar diabetes secundarias y por autoinmunidad (grado de consenso U).*
- *Se recomienda considerar cirugía metabólica con un valor de péptido C ≥ 1 ng/ml obtenido con HbA1c $< 8,5\%$ como mínimo, aunque si el objetivo es la remisión es recomendable un péptido C con un valor $> 3,8$ ng/ml (grado de consenso U).*
- *A menor edad existe mayor probabilidad de remisión, particularmente cuando el paciente es menor de 40 años. En general sobre 65 años este objetivo no se puede lograr (grado de consenso U).*
- *Tanto la insulinoterapia como el uso de múltiples agentes antidiabéticos para mantener el control metabólico de la DM2 reflejan menor capacidad beta-insular y menor probabilidad de remisión de diabetes (grado de consenso U).*
- *Son buenos candidatos a cirugía metabólica aquellos pacientes con DM2 que previamente han demostrado buena adherencia en sus controles, cumplen indicaciones y que no buscan la cirugía solo como una forma de eliminar restricciones, medicamentos o controles médicos (grado de consenso A).*
- *La cirugía metabólica en DM2 está asociada con reducción del riesgo y muerte cardiovascular a largo plazo (grado de consenso B).*

- *Se sugiere no indicar la cirugía metabólica en pacientes con DM2 con prevención secundaria de eventos cardiovasculares, incluyendo aquellos con re-vascularización coronaria previa (grado de consenso C).*
- *La cirugía metabólica puede reducir la micro- albuminuria en pacientes con DM2, sin embargo, no se sugiere en etapas avanzadas de nefropatía diabética, ya que puede aumentar la proteinuria y ocurrir un deterioro de la función renal (grado de consenso B).*
- *No hay consenso en los valores de relación albuminuria/creatininuria y depuración renal de creatinina requeridos para indicar o contraindicar la cirugía metabólica en DM2.*
- *La evidencia que respalda el tratamiento quirúrgico de la DM2 para evitar la progresión de la retinopatía es de baja calidad. En algunos casos, la cirugía ha contribuido a la progresión de esta complicación crónica, especialmente con grados avanzados de retinopatía (grado de consenso C)*
- *No hay consenso si la presencia de hipertensión arterial severa o moderada a pesar de tratamiento médico adecuado podría justificar por sí sola la cirugía metabólica en pacientes con DM2 e Índice de Masa Corporal (IMC) entre 30 y 34,9.*
- *La estenosis hepática es extraordinariamente frecuente en pacientes obesos con DM2 y podría ser considerada una razón para elegir la cirugía, sin embargo, se recomienda cautela en formas más avanzadas como esteato-hepatitis y cirrosis hepática (grado de consenso U).*
- *El síndrome de apnea/hipo- apnea obstructiva del sueño está frecuentemente relacionado con la obesidad y se suma a otros factores para aumentar el riesgo cardiovascular. Su presencia en pacientes con DM2 e IMC entre 30 y 34,9 favorece una conducta quirúrgica (grado de consenso C).*
- *Si una complicación crónica de la DM2 en un paciente con IMC entre 30 y 34,9 está respondiendo adecuadamente a las medidas habituales no sería recomendable la cirugía. Por el contrario, si la complicación está progresando a pesar del tratamiento o bien el tratamiento es mal tolerado o está contraindicado, podría considerarse la cirugía (grado de consenso C).*

Por lo tanto, este consenso entrega algunos criterios para considerar la cirugía en forma responsable clínicamente.

Además, se presentan algunos datos de población del hospital El Pino, con un total a junio 2019 de 1.241 pacientes con DM2.

Un paciente diabético gasta al año entre \$346.476 a \$440.796 pesos considerando las cintas de glicemia, las consultas médicas, de enfermería, de nutricionista, de los tratamientos y medicamentos en general. Si se van sumando a lo largo de los años estos gastos, el costo de la cirugía bariátrica se financiaría a los 5 años , esto en términos generales.

Se muestra también la evolución de un caso clínico realizado en el hospital. Al mes de la cirugía, el control glicémico es adecuado y se encuentra sin terapia de fármacos.

⇒ *Los consejeros agradecen la presentación y los resultados de la intervención que se realiza en el hospital. Y al respecto consultan sobre la manga gástrica y las recidivas que se observan en la práctica clínica, ¿a qué se debería? Ya que si se pensara a futuro en financiar es muy relevante resguardar el estado de los pacientes sin complicaciones.*

El médico expositor comenta que, al respecto, hay varias consideraciones, la más importante son los criterios de selección para realizar una cirugía metabólica. En el caso del hospital, se desarrolla un proceso de evaluación inicial realizada por los médicos internistas y no sólo por los cirujanos. Se ha observado que el bypass es mejor que la manga para evitar recidivas. En el hospital se han inclinado más por el bypass, ya que además en el caso de la manga gástrica, los pacientes pueden presentar reflujo.

Las tasas de complicaciones de las cirugías bariátricas son relativamente bajas si los pacientes son tratados por equipos multidisciplinarios, quienes realizan un abordaje integral. Los beneficios glicémicos en el caso del bypass son independientes de si el paciente recobra peso corporal en comparación a la manga gástrica.

⇒ *Los consejeros consultan sobre las estadísticas publicadas por la Superintendencia de Salud en cuanto a las atenciones realizadas por GES entre los años 2005 y 2020, considerando que DM1 y DM2 representan el 4,2% de pacientes atendidos por FONASA y un 7,1% en ISAPRE. Esto pudiese ser que existen pacientes con Diabetes que no acceden a GES aún teniendo derecho legal.*

Al respecto, el médico expositor comenta que en los primeros años este problema de salud es asintomático. En las encuestas de salud que se realizan, se incluyen exámenes de pesquisa y entonces se obtienen los diagnósticos. Pero se estima que la mitad de los pacientes teniendo el diagnóstico de DM2 no consultan hasta que presentan síntomas. Por ello, es importante, la búsqueda activa de casos y podría ser una razón por la que las tasas de consultas GES sean más bajas de lo estimado.

⇒ *Los consejeros comentan sobre las complicaciones post cirugía en el caso de pacientes complejos, es decir, con patologías concomitantes como es la DM2 o con problemas microvasculares, ¿qué ocurre en el intra-operatorio, se mantiene la tasa del 1% de complicación o es mayor en esos casos?*

Al respecto, el médico expositor señala que presentan la misma y tasa, ya que se mejora la glicemia. En la experiencia del hospital se complica la misma cantidad señalada, es decir, muy baja. No se complican más que los pacientes sin riesgo cardiovascular. Sin embargo, lo más importante es que debe realizarse una correcta evaluación inicial.

⇒ *Los consejeros preguntan sobre las solicitudes de estas intervenciones quirúrgicas, ¿si existen personas en listas de espera, o es algo que se ofrece desde el equipo médico, o son los pacientes quienes la demandan?*

En este punto, el médico expositor señala que hay listas de espera para cirugías. En el caso específico del hospital se aplican los criterios para incluir a los pacientes más adecuados. Por ejemplo, FONASA entrega 1 cupo por semana al hospital, lo cual es limitado, considerando la demanda.

⇒ *Desde la Secretaría Técnica GES se comenta que al establecer una nueva garantía hay que ser muy rigurosos, ya que a veces estas prestaciones se deben entregar solo a grupos específicos de la población, tal como se ha mencionado en esta presentación. Por lo mismo, ¿cómo los médicos especialistas, creen que se pueda controlar que se cumplan los criterios de inclusión?*

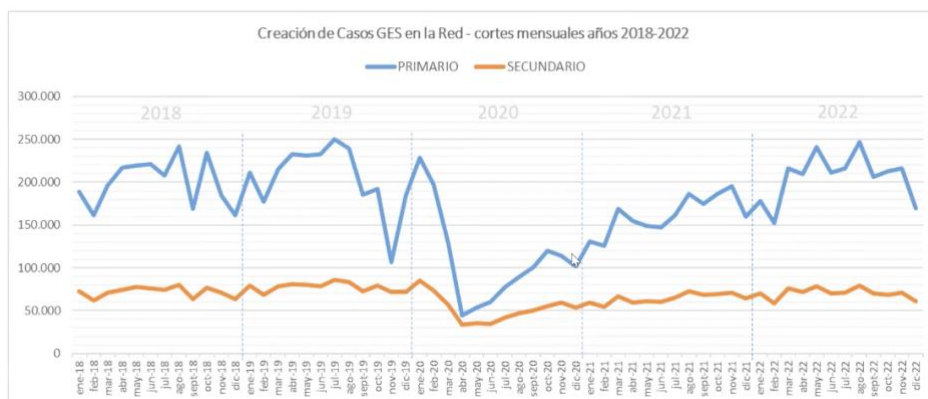
Al respecto, se cree que es factible monitorizar, como, por ejemplo, en las ISAPRES, donde actualmente pasan por un comité que los aprueba antes de ejecutar la cirugía. Por lo mismo, se podría contar con un comité de expertos a nivel central para que se resguarden los criterios de selección. También podría existir una experiencia piloto en algunos hospitales para ver los resultados y objetivar el impacto real con exámenes. Sin embargo, esto está demostrado en pacientes diabéticos, no así en pacientes obesos.

⇒ *En este punto, los consejeros comentan que en el caso de pacientes con DM2 más obesidad existe una terapia específica. Pero la evolución natural de la obesidad mórbida es llegar al diagnóstico de DM2. Se reflexiona sobre la importancia de que las personas se traten antes de que se presente la Diabetes. Surge un cuestionamiento ético sobre este tema también.*

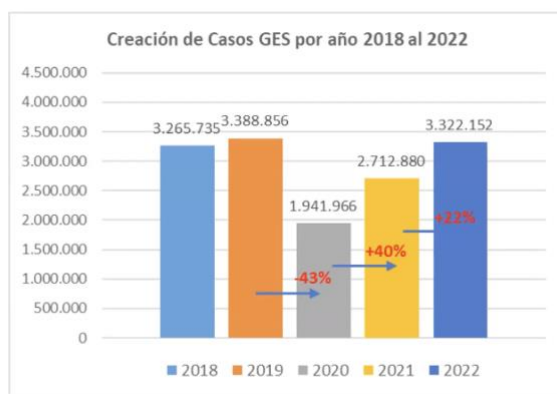
En este caso, el médico expositor comparte la reflexión, sobre todo considerando la importancia de intervenir tempranamente a las personas obesas.

3. Presentación de listas de espera GES – DIGERA (Profesional Ana María Merello): “Retrasos GES: estrategias y abordaje 2022”

Se muestra el gráfico relacionado con creación de casos GES con la disminución ocurrida en pandemia. El gráfico muestra la creación de casos por nivel de atención entre 2018-2022, observándose una recuperación en forma gradual en la generación de casos GES.



En este otro gráfico se muestra el volumen de casos creados, y si bien se ve una recuperación del volumen, aún no se estabiliza en comparación a los años pre-pandemia.

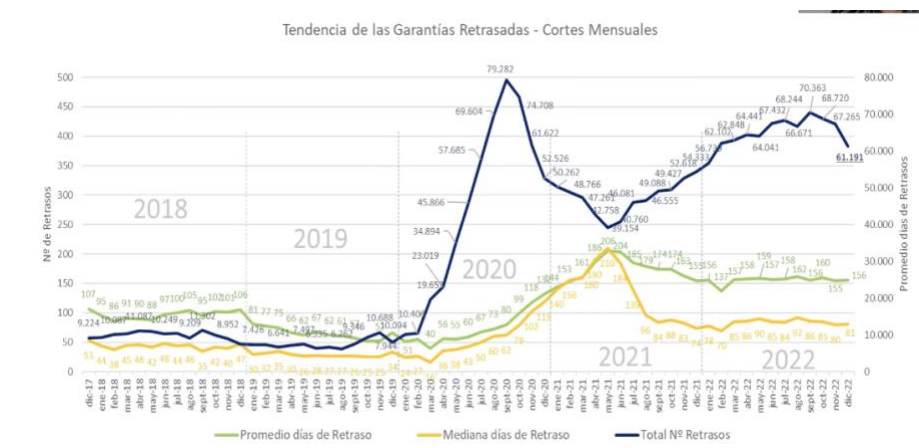


En el caso de los problemas de salud nuevos, se muestra que a diciembre 2022 se cuenta con 108 casos creados del problema GES Atención integral de agresión sexual aguda y 34 casos creados del problema GES rehabilitación SARS-CoV-2.

En cuanto a las garantías de oportunidad generadas entre los años 2016 y 2022, se observa también una recuperación de la cantidad, comparado con el periodo pre pandemia.



En el caso de los retrasos GES por el efecto pandemia, aún no se logra alcanzar los niveles que se tenían antes de la pandemia. Sin embargo, se ha logrado bajar la mediana de días de retrasos, que es un foco importante.



Además, se muestra un gráfico por Servicio de Salud con garantías retrasadas al corte de diciembre 2022.



Los Servicios de Salud con mayores retrasos son foco de acciones directas desde la gestión de redes asistenciales.

Hay 2 grupos de problemas de salud que generan mayor cantidad de retrasos: oftalmología y oncología. Se muestran los efectos de la pandemia en estos retrasos. En el caso de oncología se debe a que:

- El funcionamiento de las unidades en la atención cerrada disminuyó en un 50%, debido a la reconversión de camas para hospitalización de pacientes COVID.
- La atención ambulatoria (quimioterapia, radioterapia, paliativos) mantuvo un funcionamiento cercano al 80%, apoyado por la implementación de consultas y seguimientos vía remota.
- El ingreso y derivación de pacientes con sospecha de cáncer, así como el tamizaje, mostraron un brusco descenso, con una caída de 60 a 70%. También disminuyó la asistencia de las personas a los centros de salud para realizar sus atenciones.
- La oferta privada para atención cerrada se redujo también por reconversión de camas para pacientes COVID, lo que significó mayor dificultad para compra de servicios GES oncológicos.

En el caso de ayudas técnicas GES hubo una seria dificultad con la llegada de estos dispositivos al país, generando un importante retraso, con muy poca posibilidad de responder oportunamente.

En el caso de salud oral, prácticamente se suspendieron estas atenciones, por la generación de aerosoles y la desconfianza y temor de las personas para asistir a los centros de salud.

En el caso de las cirugías, hubo indicación de diferir las cirugías electivas, por la ocupación de unidades de recuperación y la redistribución del personal de quirófanos a atención directa de pacientes COVID.

Para enfrentar estas situaciones se contó con recursos financieros extraordinarios en el año 2022 para cirugías y consultas de especialidad: con foco en lo oncológico: GES y no GES, en la antigüedad del retraso y el volumen de los mismos. También se contará con recursos financieros los primeros 4 meses del año 2023, focalizando la atención en extensión horaria, sábados y domingos, manteniendo la producción institucional, y agregando además los focos anteriores en algunos procedimientos específicos.

Dentro de las medidas de gestión se informa que en octubre de 2021 se implementó una plataforma en salud digital, que es una herramienta para los profesionales gestores de casos oncológicos, que permite trazar la ruta del paciente, mejorar la continuidad de la atención y facilitar su tránsito por la red y los centros de derivación del país. Esto se encuentra implementado en 12 servicios de salud y en los próximos meses se espera que esté operativo en la totalidad de ellos.

También existe un compromiso de gestión, donde se acuerdan determinadas metas entre los servicios de salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Existe uno específico de oncología, que monitorea resultados y disminución de tiempos de espera GES y listas de espera quirúrgicas oncológicas no GES, se presentan pacientes a comités oncológicos, entre otros.

Estos elementos implementados en la red oncológica GES colaboran de forma importante en la continuidad del proceso de atención, evitando el retraso de garantías. También se asegura la entrega de prestaciones a usuarios con garantías oncológicas exceptuadas.

Además, se realizan acompañamientos a establecimientos con mayor volumen de retrasos. Entre los hospitales donde se han realizado estos acompañamientos destacan: Valdivia, Van Buren, Barros Luco y Talca. También se realiza fortalecimiento en el uso de estrategias disponibles en hospital Digital, como consultas de geriatría, diabetología, oftalmología (informes), mamografía (informes), tele-comités oncológicos, entre otros.

Se informa que se han realizado operativos en lo relacionado a los retrasos oftalmológicos GES, donde hay colaboración con la Sociedad Chilena de Oftalmología, el uso de plataforma de hospital digital, con su estrategia para retinopatía diabética y el uso de recursos financieros de fondos especiales para resolver listas de espera. En este punto, la mayor dificultad ha sido que los especialistas en su mayoría están fuera de la red institucional.

⇒ *Los consejeros consultan sobre los recursos extraordinarios que se han asignado, ¿si se han ejecutado oportunamente? ¿Cómo se resuelve la ejecución?*

Al respecto, se comenta que efectivamente es una gran dificultad. Por ejemplo, los recursos del año 2021 fueron los que no se ejecutaron el año 2020. Efectivamente, a veces es insuficiente, ya que no todo es poner recursos a disposición, sobre todo cuando no hay oferta de especialistas en determinadas regiones, considerando que los pacientes no pueden trasladarse a otras regiones para recibir sus tratamientos. Sin embargo, se ha insistido en tener disponibilidad de recursos antes de fin de año, con decretos que permitan hacer esto en forma más eficiente también.

⇒ *Los consejeros consultan sobre ¿si existen estrategias para priorizar en cuanto a gravedad o severidad de las patologías en estas medidas de gestión mencionadas?, por ejemplo, un desprendimiento de retina por sobre un tratamiento para cataratas.*

Se comenta que la priorización siempre debe ser con criterios sanitarios que tienen los propios establecimientos y de acuerdo a la gravedad de los problemas de salud. Son los mismos establecimientos quienes ordenan esa priorización.

⇒ *Los consejeros comentan sobre la eficiencia de la gestión de los recursos extraordinarios que se ofrecen. Por ejemplo, en el sistema público se observan ciertas actuaciones de profesionales que*

renuncian a la atención en horario habitual, y toman las horas extras en horarios de extensión horaria, ya que se paga un valor hora más alto que la jornada habitual. Al no existir fiscalización, estas acciones generan dificultades en los servicios de salud. Parece que se aumenta la brecha de atenciones, lo cual es muy complejo para la gestión asistencial. ¿Cómo se maneja eso?

Se comenta que es algo muy complejo de abordar y se comparte lo observado. Desde Redes Asistenciales se generan indicaciones de que el pago está supeditado al cumplimiento de la mantención de la producción en horario institucional. Se han incluido indicadores de este tipo para el pago correspondiente.

⇒ *Los consejeros agradecen la presentación y comentan sobre algunos análisis que están realizando en la academia sobre las razones de no acceso al plan GES, según los datos que se reportaron en la CASEN 2020. Si bien son datos auto-reportados, el 14% no accede al GES y una de las razones principales es por las listas de espera. Además, las variables que están estudiando relacionadas con listas de espera muestran que serían personas con trabajo informal, que viven en la zona central del país, que pertenecen al quintil número 2 y con bajo nivel educacional. Por lo tanto, es un grupo muy vulnerable, por lo que se pregunta si este grupo tampoco accede a atenciones en salud.*

En este punto, se comenta que hay algunos problemas de salud garantizados que no incluyen los estados de sospecha, por lo tanto, no pueden acceder directamente, por ejemplo, el tratamiento de hernia del núcleo pulposo, donde se generan listas de espera porque al no estar la sospecha en GES los usuarios deben esperar para ser confirmados y que se les indique la cirugía. Por lo mismo, pudiera ser un tema de cómo se gesta el caso GES y no directamente por la caracterización de la población.

⇒ *Los consejeros solicitan recibir los informes más detallados de retrasos GES.*

Desde DIGERA se enviarán los documentos vía email para ser compartidos con todo el Consejo Consultivo GES.

⇒ *Los consejeros mencionan sobre estrategias para apoyar la gestión de las redes en estos temas, como por ejemplo, prohibir que los profesionales que no cumplen sus estándares de producción participen de licitaciones al interior de los establecimientos cuando hay disponibilidad de recursos adicionales para listas de espera en horarios de extensión horaria, o también el hecho de llevar profesionales de otras regiones a lugares donde la resolución de casos es más débil, con ello se observa a veces que se motivan los equipos locales también.*

Desde Redes Asistenciales, se agradecen las propuestas del Consejo Consultivo y se propone transmitir estas ideas a los equipos clínicos.

Desde Secretaría Técnica GES se propone al Consejo Consultivo que se revise el informe de retrasos GES y que luego en sesión de marzo se pueda debatir y tal vez entregar alguna recomendación a la Ministra en esta materia. Todos los consejeros acuerdan este propósito.

4. Varios

Se acuerda compartir los documentos finales presentados.

Los consejeros acuerdan que la próxima sesión se pueda realizar el **24 de marzo a las 09:00 AM.**

Los consejeros deben enviar su aprobación al acta anterior vía email para que se publique prontamente en la página web.

Se comenta sobre el trabajo de las comisiones que se había planteado al inicio del periodo del Consejo Consultivo y al respecto se comenta la posibilidad de revisar el GES de salud oral de personas mayores en lo relativo a la edad. El rango de edad establecido determina una cobertura muy baja, considerando todas las complicaciones que genera para las personas. También es una dificultad al separar la salud oral

del estado de salud general de una persona. Por lo mismo, se propone a los demás consejeros poder abordar este tema.

Por lo tanto, se propone que el Consejo Consultivo revise un grupo de problemas de salud GES que puedan mejorarse y que sean relevantes. Todos los consejeros acuerdan este punto, para ello la Secretaría Técnica GES puede dar alguna orientación al respecto, teniendo en cuenta que el proceso de elaboración del nuevo decreto inicia este año.

Además, se propone trabajar en la gestión de las redes para colaborar en proponer estrategias de mejoras.

Por lo tanto, se acuerdan 3 líneas de acción:

- Salud oral de personas mayores.
- Apoyar a la gestión de las redes GES sobre listas de espera.
- Revisar prioridades de mejoras para el nuevo decreto GES.

Se agradece y se cierra la sesión siendo las 10:30 horas.

ACUERDOS Y COMPROMISOS				
Nro.	Descripción de acuerdo / compromiso	Fecha Comprometida	Responsable	Estado
1	Enviar acta, documentos y presentaciones realizadas.	Antes de próxima reunión	Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud	Enviados
2	Enviar recordatorio al Consejo Consultivo para aprobación del acta anterior	Al 30 de enero 2023	Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud	Enviado
3	Enviar informe detallado de retrasos y listas de espera	Antes de próxima sesión	Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud	Enviado
Próxima sesión: 24 marzo 2023				
Acta elaborada por		María Teresa Soto/Andrea Guerrero Ahumada Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud División de Planificación Sanitaria Ministerio de Salud		

Aprobación ACTA DE SESIÓN N°125, 20.01.2023		
Consejeros	Representación- Organismo	Firma
Sr. Emilio Santelices	Presidente Consejo Consultivo. Designado por S.E. el señor Presidente de la República.	Aprobada por plataforma virtual
Sra. Cecilia Albala	Vicepresidenta Consejo Consultivo. Representación Academia Chilena de Medicina.	Aprobada por plataforma virtual
Sr. Fernando Chuecas	Representante Facultades de Medicina de Chile.	Aprobada por plataforma virtual
Sra. Margot Acuña	Representante Facultades de Medicina de Chile.	Aprobada por plataforma virtual
Sr. Fabián Duarte (se excusó)	Representante Facultades de Economía o Administración de Chile.	Aprobada por plataforma virtual
Sra. Sandra Alvear	Representante Facultades de Economía o Administración de Chile.	Aprobada por plataforma virtual
Sra. A. Patricia Acuña	Representante Facultades de Química y Farmacia de Chile.	Aprobada por plataforma virtual
Sr. Rodrigo Castro (se excusó)	Designado por S.E. el señor Presidente de la República	Aprobada por plataforma virtual
Sra. Soledad Velásquez	Designada por S.E. el señor Presidente de la República	Aprobada por plataforma virtual