COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA ENCARGADA DE RECABAR ANTECEDENTES SOBRE LOS ACTOS DEL GOBIERNO VINCULADOS A INTERVENCIONES POLICIALES Y SOCIALES EN BARRIOS CRÍTICOS ENTRE LOS AÑOS 2001 Y 2015 (CEI 36).

Sesión 9°, ordinaria, celebrada el miércoles 11 de enero de 2017,
Se abrió a las 09:38 horas.

I.- PRESIDENCIA.

Presidió la sesión el diputado señor **Daniel Farcas Guendelman**.

Actuó como Abogado Secretario de la Comisión, el señor Álvaro Halabí Diuana; como Abogada Ayudante, la señorita África Sanhueza Jéldrez; y como secretaria ejecutiva, la señora Luz Barrientos Rivadeneira.

II.- ASISTENCIA.

Asistieron los/as diputados/as integrantes de la Comisión, señoras Maya Fernández y Marcela Hernando; y los señores Bernardo Berger, Daniel Farcas, Giorgio Jackson, Luis Lemus y Sergio Ojeda.

III.- INVITADOS.

Asistieron como invitados, la señora Ministra de Salud (MINSAL), doña Carmen Castillo Taucher; la señora Asesora de Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, doña Isabel Ferrari Fontecilla; el señor Jefe de Gabinete del MINSAL, don Claudio Castillo; el señor Asesor de Gabinete, don Enrique Accorsi Opazo.

IV.- CUENTA.

- Se da cuenta de lo siguiente:

1.- Confirmación de la señora Ministra de Salud, doña Carmen Castillo Taucher, a la sesión de hoy, quien concurre junto al señor Jefe de Gabinete, don Claudio Castillo, al señor asesor, don Enrique Accorsi y a sus asesores de prensa, doña Verónica Ahumada y don David Lillo.

2.- Solicitud del diputado señor Giorgio Jackson, mediante la cual sugiere cambiar el lugar en el cual la Comisión sesionará este lunes 16 de enero, en la comuna de Puente Alto, de la Villa Mamiña 2 a la Villa El Caleuche o a la Villa Santa Catalina, además de realizar una invitación más amplia.

3.- Reemplazo permanente del diputado señor Diego Paulsen, por el diputado señor Bernardo Berger.

V.- <u>ACUERDOS.</u>

- Se acordó lo siguiente:

1) Celebrar una sesión especial en el sector de Bajos de Mena perteneciente a la comuna de Puente Alto, sea en la Villa Mamiña 2, Villa El Caleuche o Villa Santa Catalina, en fecha y lugar por definir.

2) Invitar al señor Ministro de Desarrollo Social, para que asista a la próxima sesión ordinaria de fecha 18 de enero de 2017.

3) Invitar a los académicos propuestos por el diputado señor Giorgio Jackson, junto a otros indicados por los integrantes de esta Comisión, para que asistan a la sesión ordinaria de fecha 25 de enero de 2017.

****

El detalle de lo obrado en esta sesión queda registrado en un archivo de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 256 del Reglamento.

Se adjunta a esta acta, la versión taquigráfica elaborada por la Redacción de Sesiones de esta Corporación, la que se declara formar parte integrante de ella.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 10:39 horas.

DANIEL FARCAS GUENDELMAN
Presidente de la Comisión

ÁLVARO HALABI DIUANA
Secretario de la Comisión.

COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LOS PLANES DE INTERVENCIÓN SOCIALES Y POLICIALES EN BARRIOS CRÍTICOS ENTRE 2001 Y 2015

Sesión 9ª, celebrada el miércoles 11 de enero del 2017, de 09.39 a 10.39 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside el diputado señor Daniel Farcas.

Asisten las señoras diputadas Maya Fernández y Marcela Hernando, y los diputados señores Bernardo Berger, Giorgio Jackson, Luis Lemus y Sergio Ojeda.

Concurre como invitada la ministra de Salud, señora Carmen Castillo, quien se presenta acompañada de la asesora del gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, señora Isabel de Ferrari, y el asesor, señor Enrique Accorsi.

TEXTO DEL DEBATE

El señor **FARCAS** (Presidente).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

El acta de la sesión 7ª se declara aprobada.

El acta de la sesión 8ª queda a disposición de las señoras diputadas y de los señores diputados.

El señor Secretario va a dar lectura a la Cuenta.

*-El señor **HALABI** (Secretario) da lectura a la Cuenta.*

El señor **FARCAS** (Presidente).- Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Tiene la palabra la diputada Maya Fernández.

La señora **FERNÁNDEZ** (doña Maya).- Señor Presidente, entendí que alguien solicitó el cambio de sede. Sin saber que se haría esa solicitud, quiero preguntar cómo se eligió el lugar donde iremos y cuáles son sus características, porque la idea es haber debatido respecto de cómo solucionar ese punto y conocer las características que permiten realizar una Comisión con varios dirigentes. Entonces, no sé si su señoría puede contar más detalles sobre cómo se determinó el lugar donde sesionará la Comisión Investigadora.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Señores diputados, eso se

hizo en coordinación con el alcalde y el intendente. Ya estaba programado. Hemos recibido una serie de propuestas de invitados, incluidos los propuestos ayer por la diputada Maya Fernández y el diputado Osvaldo Andrade. Creo que no hay ningún problema en realizar otra sesión en Bajos de Mena, en un lugar distinto, a objeto de incorporar a más personas de otros lugares, como por ejemplo los propuestos por el diputado Jackson. Sin embargo, cambiar el lugar de la sesión que estaba programada para el lunes me parece un poco complejo.

Por lo tanto, propongo realizar una siguiente sesión en Bajos de Mena durante enero o la primera semana de marzo.

Tiene la palabra el diputado Jackson.

El señor **JACKSON**.- Señor Presidente, enviamos esa solicitud para averiguar cómo se componen las organizaciones. Entendiendo la lógica que existe en esos distintos barrios, no sé si existen bandos propiamente tal, pero hay sectores mucho más cercanos a las autoridades locales y otros que tienen una visión contraria. Entonces, no nos gustaría ver solo una postura parcial, sino los distintos ángulos. Por lo general, esas organizaciones se llevan mal y tienen fuertes tensiones. De manera que nos gustaría, a lo menos, conocer las distintas realidades. Según lo que averiguamos, propusimos lugares donde habita gente que representa al sector, la cual podrá entender mejor, y que sonaba como neutral. De hecho, preguntamos a distintas organizaciones sobre los lugares que eran más o menos neutrales. Entonces, si ya estaba hecha la citación para la sesión, podríamos avisar a las otras organizaciones que se hará otra reunión, para no generar tensiones en los pobladores de que no serán escuchados. Sería ideal realizar otra sesión en enero, si es posible.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Propongo comunicar públicamente que vamos a realizar otra sesión en Bajos de Mena donde ustedes lo determinen. Me da lo mismo cualquiera de esos lugares, porque no los conozco –asumo mi ignorancia al respecto-, donde sea apropiado y tenga las condiciones de infraestructura.

Les pido que nos hagan llegar la propuesta de los otros

invitados que no han sido convocados, porque hasta ahora solo hemos recibido a algunos.

¿Habría acuerdo en tal sentido?

Acordado.

El señor **HALABÍ** (Secretario).- Señor Presidente, reitero a los señores diputados que nos hagan llegar las listas de invitados, en particular de la diputada Fernández y de su señoría, para que la convocatoria sea lo más amplia posible.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Respecto de la nueva citación, pido a los señores diputados, en particular al diputado Jackson, que hagan llegar la lista de invitados.

El señor **HALABÍ** (Secretario).- ¿En qué fecha sesionaría la Comisión en Bajos de Mena? ¿Está por definirse?

El señor **FARCAS** (Presidente).- Les comunicaré en el transcurso de la semana si la podemos organizar para otro lunes de enero, si existen las condiciones para ello, o de lo contrario para la primera semana de marzo.

Tiene la palabra el diputado Ojeda.

El señor **OJEDA**.- Señor Presidente, no sé si la Comisión va a colocar movilización para tal efecto, porque muchos no conocemos el lugar.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Sí, señor diputado.

¿Habría acuerdo respecto de la Cuenta?

Acordado.

Doy una cordial bienvenida a la ministra Carmen Castillo y a sus asesores.

Tiene la palabra la ministra de Salud.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, por su intermedio, deseo saludar a todos los presentes.

En esta oportunidad, hemos sido citados para exponer sobre cómo estamos trabajando, como sector, en el ámbito de lo que se señala como barrios críticos. En general, según nuestros criterios, más que trabajar en barrios críticos, lo hacemos en comunas y barrios vulnerables que tienen una connotación diferente en cuanto a las definiciones; sin embargo, se pueden asimilar absolutamente al contexto respecto de lo que estamos tratando.

En primer lugar, en el ámbito del marco conceptual, todas

las determinantes sociales de la salud son muy importantes para ver las condiciones que tienen los barrios definidos como barrios críticos. En ese contexto, debemos señalar que las condiciones de vida y de salud que se relacionan con los territorios donde se nace y vive son fundamentales. Siempre la salud es una consecuencia de las oportunidades que ha tenido la persona para alimentarse, crecer, pertenecer y desarrollarse como parte de un sistema complejo de relaciones sociales, ámbitos culturales presentes o inexistentes, condiciones económicas y temas ambientales, emocionales y comunicacionales.

Por esa situación, Chile presenta grandes diferencias de segregación en lo espacial, económico, cultural, étnico, de lenguaje, educacional y de acceso a servicios. Eso es algo que tenemos definido. Por ello, las determinantes sociales son fundamentales en el momento de decidir acciones sanitarias.

Todas estas diferencias se expresan en el territorio, que tienen que ver con diferencias importantes en las oportunidades que tiene cada persona.

Si se pertenece a un grupo que cuenta con redes sociales y está inserto en un territorio cuyo saneamiento básico está resuelto y donde se otorgan oportunidades laborales, se cuenta con espacios de desarrollo educativo e integración cultural. Eso es lo que tenemos como definición.

Vulnerabilidad es diferente a pobreza. En nuestra opinión, la vulnerabilidad es más que pobreza en cuanto a su definición, pues considera dos estadios: uno, el de los “vulnerados”, que ya padecen una carencia efectiva y dan cuenta de dificultades para desenvolverse con autonomía, además de presencia de debilidad para el futuro, a partir de esta incapacidad.

Por su parte, los “vulnerables” es otro estadio que comprende a quienes todavía no han materializado la condición de riesgo en la vida, sino que aparece como una probabilidad en un futuro cercano, a partir de las condiciones de fragilidad que los vaya a afectar.

La vulnerabilidad es un concepto más dinámico y amplio que la pobreza; por lo tanto, todas las personas podemos ser

vulnerables en determinadas situaciones y circunstancias. Nadie está libre de tener una condición de vulnerabilidad. Estamos hablando de algún evento mayor, como un aluvión o una erupción volcánica, para pasar rápidamente de una condición de no riesgo a riesgo de vulnerabilidad.

¿Cuál es el rol del sector salud en este componente? El sistema de salud es especialmente relevante porque a través del acceso puede abordar directamente muchas diferencias en el ámbito de los riesgos, los daños y la vulnerabilidad, mejorando siempre equitativamente la atención y promocionando la acción intersectorial para mejorar el estado de salud.

El sistema de salud garantiza que los problemas de salud de las personas no generen más deterioro en su condición social y facilita así la reinserción social. Estamos hablando, por ejemplo, del Programa Chile Crece Contigo, pues hemos visto grandes impactos en cuanto al recién nacido y al desarrollo desde el embarazo de la madre hasta el nacimiento y crecimiento del niño, hasta los seis años de edad. Este año, el programa Chile Crece Contigo se extenderá hasta los nueve años de edad, con el componente de salud mental como primera etapa. Sin embargo, para nosotros es fundamental que durante todo el proceso el menor reciba la máxima estimulación y desarrollo con la finalidad de lograr un niño sano, que enfrente el mundo con más y mejores herramientas para su vida.

Asimismo, hay otras actividades que realizamos en Salud, como el acompañamiento en atención primaria de los jóvenes en riesgo social; las Garantías Explícitas en Salud, que son exigibles por ley; los centros de salud mental (Cosam) municipales y los que dependen de los servicios de Salud y que tienen relación con la atención en salud mental; programas de adultos mayores autovalentes, para que tengan una vida independiente hasta que lleguen a la fase final de su vida, y, por último, salud oral. Esos son algunos de los ejemplos que podemos dar respecto de las actividades que realiza el sector salud para apoyar y superar cualquier estado de salud desmerecido o desprovisto de estos aportes.

¿Qué desafíos tiene el sector salud frente a la población vulnerable? En el lado izquierdo de la lámina que tienen a la

vista pueden observar un dibujo en el cual aparece la base, población o grupo objetivo, y todos los elementos que se agregan para dar equidad de acceso: la disponibilidad de los servicios; la accesibilidad de los servicios; la aceptabilidad de los servicios; el contacto con los servicios, lo que dice relación con su utilización, y la cobertura efectiva, como la vacunación. Esos elementos son muy relevantes hasta la aceptabilidad, con lo que se llega finalmente a la cobertura efectiva. Ese es un proceso de provisión del servicio de Salud que para nosotros es importante. Sin embargo, lo que más nos preocupa es la población que no tiene contacto con el sistema.

Para lograr el acceso en salud, de acuerdo con lo señalado en el dibujo, debe haber disponibilidad de servicio y accesibilidad de los servicios en componentes muy importantes que deben estar considerados, como las distancias, los tiempos reales para acceder, los tiempos de espera y el financiamiento.

La aceptabilidad representa la conformidad de la población frente a las acciones preventivas, es decir, que no sean impuestas, sino que realmente estén insertas en los requerimientos de la comunidad; promocionales y de continuidad de la atención. Existen barreras de aceptación asociadas a aspectos culturales, creencias, religión, género y redes sociales. Es muy importante tener presente esos componentes para llegar a tener una población comprometida con todas las metas sanitarias, las que se pueden establecer con muy buenas intenciones, pero si la sociedad no está comprometida, no hay nada que hacer.

El contacto o la cobertura efectiva corresponde a la adhesión a los cuidados de salud, lo que se basa en la capacidad de toma de decisiones. El grupo que no tiene contacto con el sistema está conformado por aquellos que nunca tienen contacto y que se pierden en el proceso de acceso. La figura que observan muestra que hay un grupo importante de la población que se pierde, lo que exige que el Sistema de Salud esté en una búsqueda activa. Uno de los grupos más sensibles es el de los adolescentes, los que muchas veces evaden cualquier tipo de contacto con el sector,

porque para ellos estar sano y sentirse con las potencialidades de no requerir atención sanitaria los hace no acceder preventivamente a ninguna de las acciones que tenemos.

El énfasis del plan de gobierno que se ha establecido respecto de los barrios críticos está enfocado en el plan de formación en el ámbito de médicos en etapa de formación y destinación que son designados a las comunas que han sido catalogadas por tener dentro de su espacio barrios críticos. Se trata de médicos que muchas veces atienden esos sectores ya definidos. Estos son Puente Alto, que en la actualidad cuenta con catorce médicos en etapa de formación y destinación; San Joaquín, con diez; Quilicura, con dos; La Pintana, con doce; Cerro Navia, con seis; San Bernardo, con seis; Maipú, con seis; Lo Espejo, con ocho; El Bosque, con doce, y Huechuraba, con cinco. En todo caso, no son los únicos médicos, sino que son profesionales de la medicina adicionales que el Estado ha entregado al sector urbano. Hasta hace poco los médicos CDF, que son los antiguos generales de zona, se destinaban solo a las zonas rurales y de provincia, jamás a la Región Metropolitana. Ahora se ha considerado fundamental pensar en agregar personas a la zona metropolitana, debido a que en muchos casos esas comunas están desprovistas de horas médicas para solucionar la atención en el ámbito del nivel primario de atención.

Respecto de las inversiones en los barrios y comunas que han catalogado de estudio en esta comisión, en Bajos de Mena, en la comuna de Puente Alto, se dispuso la construcción de un centro de referencia de salud, CRS, el cual está en funcionamiento hace cuatro o cinco días, el que esperamos que solucione los problemas de la atención de salud y que sea el inicio del futuro hospital de Puente Alto.

Asimismo, está en estudio un centro de salud familiar en Puente Alto y el Servicio de Alta Resolutividad Cardenal Raúl Silva Henríquez, que está asociado a un establecimiento de atención primaria. Esos servicios corresponden a los ex SAPU, los servicios de atención primaria de urgencia, pero que tienen más dotación y mayor capacidad de respuesta. Los SAR son dispositivos sanitarios que se crearon durante este

período de gobierno, los cuales cuentan con aproximadamente 500 metros cuadrados de construcción y con camas de observación, con telemedicina, con equipos de rayos (Rx), con kit y material para exámenes. Por lo tanto, son bastante resolutivos y evitan sobrecargar los hospitales con atención que, muchas veces, pueden ser resueltas en la atención primaria. Me refiero a enfermedades que no son de riesgo vital y que pueden ser atendidas en un SAR.

Dentro de las inversiones está la habilitación y remodelación del SAR Manuel Villaseca. Al igual que el anterior, se trata de dispositivos de atención primaria de urgencia, pero con mayor capacidad resolutiva. Los SAR no son servicios de urgencias que funcionen 24 horas, sino solo desde las cinco de la tarde hasta las ocho de la mañana, porque queremos mantener el modelo de salud familiar a través de los centros de salud familiar, los que tienen por objeto complementar las urgencias en la tarde y durante toda la noche.

Otro de los barrios críticos es La Legua, en San Joaquín, en donde se contempló la reposición del Cesfam Santa Teresa de Los Andes, la construcción del Centro Comunitario de Salud Familiar Martín Henríquez y del Servicio de Alta Resolutividad Dr. Arturo Baeza. Esos son los proyectos definidos para este barrio.

En Quilicura, en el sector de Parinacota, se está construyendo el Centro Comunitario de Salud Familiar (Cecosf) Beato Padre Hurtado. Los Cecosf dependen y tienen que responder a un centro de salud familiar, porque son consultorios más pequeños, aunque cuentan con todas las acciones sanitarias.

En La Pintana, en el sector El Castillo, se está construyendo el Servicio de Alta Resolutividad El Roble, y en Santo Tomás, el Servicio de Alta Resolutividad Santiago de Nueva Extremadura.

En la Población Sara Gajardo, comuna de Cerro Navia, estamos construyendo el servicio de alta resolutividad de Cerro Navia. Independientemente de que se esté construyendo el Hospital Félix Bulnes, para nosotros es importante contar con esos dispositivos, porque descargan las urgencias no

vitales hacia esos servicios.

En San Bernardo estamos construyendo el centro comunitario de salud familiar Raúl Brañes.

En Maipú, en el barrio de San Luis, se están construyendo dos centros comunitarios de salud familiar: Los Bosquinos y Lumen.

En Lo Espejo, en el sector de José María Caro, se está reponiendo el consultorio Julio Acuña. También se está construyendo, adosado a ese consultorio, el servicio de alta resolutividad Julio Acuña, para dar respuesta a las urgencias no debidas del establecimiento.

En El Bosque, en el sector 4 de Septiembre, está en pleno proceso de construcción el servicio de alta resolutividad Haydeé López, que.

En la Población La Pincoya, comuna de Huechuraba, se está construyendo el servicio de alta resolutividad de La Pincoya. La obra está terminada y con recepción provisoria.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Hay que inaugurarlo, ministra.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Sí, hay que inaugurarlo. Está precioso, lo he ido a ver dos veces, realmente está muy bonito y cuenta con todos los elementos para dar respuesta a la atención de una gran cantidad de población. Realmente está muy lindo.

Este es un ejemplo de lo que queremos en inversiones. Lamentablemente, se ha dicho que no estamos yendo por el camino correcto en materia de inversiones.

Este es el CRS del Hospital Provincial Cordillera, que nos interesa mostrar, que le da dignidad a la población. Destaco su estructura, solidez y calidad. Inició su funcionamiento hace aproximadamente dos semanas y está rodando su periodo de marcha blanca. Uno termina estructuras, pero no puede hacerlas funcionar al ciento por ciento, porque debe probar cada uno de los elementos, por eso se llaman periodos de marcha blanca. Esta es una estructura de calidad, que permite darle dignidad a la población de Puente Alto, que es lo que nosotros queremos. Este centro está adosado al lugar donde se ubicará el Hospital de Puente Alto. Esperamos que este y el Sótero del Río queden en construcción, según nos

comprometimos.

Estrategias de atención y plan de acción para Bajos de Mena. Estos son algunos ejemplos -porque podríamos sumar muchas más acciones- destinados a dar cuenta de que no hemos dejado desprovistos de atención sanitaria a esos barrios críticos. En 2014, el Servicio de Salud Metropolitano Suroriente inició un trabajo con la gobernación de la provincia Cordillera, con el municipio de Puente Alto y con el equipo del plan integral Bajos de Mena de la Intendencia Metropolitana, para definir qué prioridades eran requeridas en dicha población.

Las principales actividades fueron los operativos de resolución de listas de espera de consultas médicas de especialidad (CME), en conjunto con el Colegio Médico, que estuvo disponible para colaborar y apoyar.

También hicimos evaluación de metales pesados a un grupo priorizado en conjunto con la comunidad; catastros de salud; compras de servicios para resolución de listas de espera en consultas médicas en el CRS Hospital Provincia Cordillera, y un operativo de salud en oftalmología en el Cesfam Karol Wojtyla de Bajos de Mena, que se efectuó el 15 de agosto de 2015.

Menciono los operativos en Bajos de Mena, solamente para señalar uno de los sectores. El trabajo con el municipio, con la intendencia y con el Colegio Médico permitió efectuar operativos en tres oportunidades: el 14 de junio de 2015, el 15 de agosto de 2015 y el 6 de marzo de 2016, con atenciones desde las nueve de la mañana hasta las dos de la tarde. Al Cesfam Karol Wojtyla concurrieron oftalmólogos, otorrinolaringólogos, dermatólogos, médicos internistas y ginecólogos. Todas las atenciones fueron hechas por profesionales del Colegio Médico y de la Asociación de Tecnólogos Médicos de Oftalmología y Optometría. También colaboraron profesionales de los servicios de salud local, tanto del Hospital Sótero del Río como de la dirección del servicio, y de la Corporación Municipal de Puente Alto. Así, se entregó solución efectiva a 350 casos en 2015 y a 104 en 2016. Obviamente, eso generó una gran satisfacción en la población.

Otro ejemplo corresponde al Servicio de Salud Metropolitano Sur. En La Legua se efectuaron actividades en Alihuén, en conjunto con el Senda, relacionados con tratamiento y prevención de consumo problemático de drogas y de alcohol en niños, niñas y adolescentes, que fue bien recibido.

También se hizo un plan para ofertas vespertinas de prestaciones sicosociales en el ámbito de la vulnerabilidad, que incluyó la participación de enfermeras, sicólogos, trabajadoras sociales, matronas y médicos. Se trata de una iniciativa local que permite allegar recursos para estrategias de abordaje de grupos en situación de vulnerabilidad. Eso se realizó en los centros Pierre Dubois, en Pedro Aguirre Cerda; El Manzano, en San Bernardo; y Mario Salcedo, en El Bosque.

Otro tema muy importante que estamos trabajando, que no es solamente para los barrios definidos como críticos, se refiere a la ampliación de la oferta en el ámbito de espacios amigables, con prematrona y sicólogo, en dupla, o matrona o enfermera y trabajador social para adolescentes en situación de vulnerabilidad. Esa acción sanitaria, que salió ayer en la prensa, ha permitido disminuir el embarazo adolescente en forma importante.

Otra actividad es el Programa Abriendo Caminos, en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social, en el que estamos participando en el área de salud mental para niños, niñas y adolescentes, que tiene personas significativas privadas de libertad y que requieren un apoyo de salud en ese componente.

Las acciones que hemos presentado son ejemplos concretos de que estamos trabajando en los objetivos que nos hemos propuesto como gobierno, que son la equidad en salud y las posibilidades de acceder a las prestaciones, de modo de evitar que las personas lleguen a ser consideradas vulnerables en ese componente.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Gracias, señora ministra.

No lo hice anteriormente, de modo que saludo ahora a las personas que la acompañan, la señora Verónica Ahumada y el señor David Lillo. Sean todos ustedes bienvenidos.

Tiene la palabra el diputado Giorgio Jackson.

El señor **JACKSON**.- Señor Presidente, por su intermedio,

saludo a la ministra y le pregunto por qué desde el comienzo en la presentación se hizo referencia a algo que se ha tematizado acá en la comisión, que se refiere básicamente a la característica de vulneración de derechos o de población vulnerable, que es población vulnerada en sus derechos. Eso, por un lado, tiene un alcance o una base mucho mayor que los barrios que estamos viendo, es decir, existe una amplia población vulnerable, en distintos lugares de distintas regiones, no así en los barrios críticos, que tienen una característica especial de concentración, tanto de hacinamiento, de condiciones difíciles en materia urbana, de acceso urbano, de dificultades en materia de pobreza o bajos índices de escolaridad, de bajos niveles de empleo y también, por supuesto, un alto nivel de crimen organizado, asociado muchas veces al narcotráfico. Por lo tanto, se genera una dinámica distinta a la de un barrio vulnerable.

Le pregunto cómo ustedes han abordado esa realidad desde estos planes que, como se mencionaba en la presentación, se coordinan supuestamente desde la intendencia, porque todos quienes han venido a esta comisión nos han dicho que hasta ahora la coordinación no ha sido tan efectiva.

Cuando vino el intendente, nos mostró planes que han desarrollado hace menos de un año y que se ven muy interesantes hacia el futuro, pero hacia el pasado, al parecer, desde 2001 a la fecha, en el periodo que abarca esta comisión investigadora, no se han producido esas coordinaciones.

Mi pregunta es qué ha hecho el Ministerio de Salud, y no me refiero solamente a esta administración, sino al periodo 2001-2015, para diferenciar lo que es población vulnerable de lo que son estos barrios críticos y si no se ha hecho alguna diferencia, quizá haya un aprendizaje asociado que sería bueno considerar como conclusión o diagnóstico en esta comisión para proponer algo distinto, de lo contrario, podemos estar errando al tratar de solucionar el tema con una herramienta similar en poblaciones que tienen características distintas; cuáles son las relaciones de poder; qué rol juega el crimen organizado para proveer de atención de salud más directa antes que los servicios públicos; a qué otro nivel de

tensiones se ven enfrentados quienes viven en esas poblaciones o barrios críticos, que no están presentes en otras partes. Me imagino que será más intenso en materia de salud mental o en materias preventivas.

¿Cómo analizan esas diferencias desde el Ministerio de Salud y qué podríamos sacar como conclusión?

Muchas gracias.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Bernardo Berger.

El señor **BERGER**.- Señor Presidente, por su intermedio, quiero saludar a la ministra de Salud y a quienes la acompañan.

Como saben, recientemente me incorporé a esta comisión y lo hago con mucho agrado. Sin embargo, después de escuchar las distintas presentaciones –esta es la segunda sesión a la que asisto- uno se imagina que existe una planificación y una coordinación interna entre los determinados servicios; en la Región Metropolitana la lidera el intendente y en las regiones sus gobiernos.

Me gustaría saber si es efectivo que a la ministra le ha correspondido participar en reuniones con las carteras del Interior y Seguridad Pública, y de Vivienda y Urbanismo para coordinar acciones concretas dirigidas a los barrios críticos que se han seleccionado para aplicar ciertos modelos, prácticas y políticas a fin de mejorar la convivencia. Ello porque, según se señaló, no todos los barrios tienen los mismos matices o las mismas realidades.

Por lo tanto, lo importante es que no existan carriles distintos donde funcionen los ministerios de Salud, del Interior y Seguridad Pública, y de Vivienda y Urbanismo; jamás nos sentemos alrededor de una mesa para ver cómo es la planificación que hacemos para que las inversiones que se van a realizar o los modelos o las prácticas que se quieren hacer logren obtener en el corto, mediano o largo plazo algún resultado que sea efectivo.

Quería plantear esta situación, porque es importante el trabajo integral que realizan los determinados servicios, para que no sea solo una intervención unitaria y finalmente el producto obtenido no sea el más eficiente.

Muchas gracias.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Agradezco la exposición de la ministra de Salud y de sus asesores.

Personalmente, soy testigo de la preocupación de la ministra por esos temas específicos, particularmente en mi distrito respecto de la vulnerabilidad, pero hoy hablamos de algo distinto. En ese punto, lo que han dicho los diputados Jackson y Berger va en la misma línea en orden de marcar una diferencia. Uno de los propósitos de esta comisión, además de la investigación, es tratar de hacer propuestas que permitan mejorar y, en algunos casos, como señalaron algunos parlamentarios, dar alguna institucionalidad.

Todos compartimos la convicción de que cada uno de los servicios públicos hace un esfuerzo particular por desarrollar sus actividades de la mejor forma posible y eso no es algo que se esté cuestionando, pero algo que va a escuchar constantemente –lo han dicho los parlamentarios que me han antecedido en el uso de la palabra- dice relación con la coordinación específica y especial en función de los denominados barrios críticos, que tienen una institucionalidad difusa que esperamos se aclare para buscar una manera de coordinación. En ese sentido, nos gustaría que nos entregara algunas ideas para el futuro y así dejar abierta la posibilidad para ello.

Respecto del narcotráfico, tema del cual hemos sido testigos y del que hemos conversado en nuestros distritos -que pasa a ser una especie de asistencialista privilegiado, incluso entregando soluciones más rápidas que el Estado, a los municipios o cualquier otra expresión pública civilizada y organizada-, evidentemente, nos preocupa porque erosiona el sistema democrático y el Estado de derecho.

Para terminar, quiero insistir en la coordinación y en la sinergia del sistema público. En ese ámbito, lo expresado por usted es muy contundente, respecto de lo que hace el gobierno. En eso podemos estar tranquilos, hay una acción muy potente, pero la coordinación específica –perdone la insistencia en el punto-, en relación con esos barrios críticos, pareciera ser una falencia sistemática en nuestro quehacer.

Tiene la palabra la ministra de Salud, señora Carmen Castillo.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (Ministra de Salud).- Señor Presidente, para nosotros son importantes todas las opiniones.

Respecto de lo planteado por el diputado Jackson, el concepto de barrio crítico lo trabajamos más con la vulnerabilidad, es decir, es vulnerado o está en riesgo de ser vulnerable. En ese sentido, tenemos coordinación con la Intendencia, pero diferencias con los servicios de Salud. Tal vez, en ese punto, existe una debilidad que debiéramos fortalecer, como por ejemplo las coordinaciones con la Intendencia, quien debiera tener los hilos más unidos de cada una de las fortalezas de que dispone cada entidad que aporta en el sector. Sin embargo, ello no quita que, independiente de tener o no más lazos con la Intendencia, trabajemos fuertemente con el Programa Chile Crece Contigo, especialmente interviniendo en esos barrios críticos y también en el ámbito de la salud mental respecto de la droga y el alcohol, que son temas muy importantes, especialmente en la prevención, de muy lento quehacer. Como sabemos, eso requiere bastante dedicación.

Muchas veces, para rescatar a uno, dos o tres jóvenes de la adicción, un trabador social debe entregar dedicación casi exclusiva. Sin duda, es un tema que debemos trabajar.

Por otra parte, coincido con el diputado Berger respecto de que hay que ver planificaciones establecidas. Sin embargo, hay algo que para nosotros es importante señalar: en 2008 establecimos la Secretaría de Determinantes Sociales de la Salud, que estaba asentada en la salud pública y trabajaba barrios y comunas vulnerables. Lamentablemente, no tuvo continuidad, pero lo estamos retomando precisamente porque consideramos que es importante ser más enfático en esas definiciones de barrios críticos que debemos tomar como insumo para fortalecer el quehacer. Ojalá, quede establecido con un énfasis permanente como otros componentes de la salud pública que tienen una duración más allá de los gobiernos y de las intenciones de un ministerio.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado

señor Giorgio Jackson.

El señor **JACKSON**.- Señor Presidente, tengo entendido que hubo un servicio en la administración pasada de la Presidenta Bachelet que estaba encargado de las determinantes sociales de la salud, pero ahora no es algo que se haya retomado.

¿Cómo se espera introducir alguna modificación legal a la estructura del ministerio para institucionalizar algo así? Es sumamente importante, no se puede dejar a la voluntad del gobierno de turno, porque, por ejemplo, el gobierno pasado lo sacó y este no lo volvió a retomar, quizá, por la misma razón: ¿Para qué, si después se va a desarmar?

¿Por qué no plantearlo como algo más estable y fundamental? El enfoque es atacar la desigualdad como algo permanente en el trabajo de los entes sociales de la salud.

Respecto de las coordinaciones de los programas, cuando fuimos a La Legua Emergencia nos dijeron que había chicos que recibían apoyo psicosocial en cinco o seis intervenciones distintas, lo que terminaba siendo completamente contraproducente.

¿Qué sistemas de información y herramientas tienen para detectar esas negligencias del Estado? Porque son intentos que pueden ser muy bien intencionados, pero al final dejan la embarrada y, por otro lado, para actuar en cuanto se detecten esos casos.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señora Maya Fernández.

La señora **FERNÁNDEZ** (doña Maya).- Señor Presidente, a propósito de lo que estaba diciendo el diputado Giorgio Jackson, es importante saber lo que pasa con el recambio, porque no solo es un problema que pasen por muchos recambios, sino también los monitores duraban un período muy corto, por lo que los niños tenían una rotación muy seguida, lo que hace difícil el proceso de toma de confianza por parte de ellos. Ahora cuando ellos logran confiar viene la rotación. Por lo tanto, es importante saber cómo generar una política de largo plazo para generar confianza en los niños y jóvenes, porque en ese momento recién comienza el trabajo de verdad, una vez que la persona confía en lo que está haciendo. Ellos decían que una de las cosas que más les provoca problemas es la

rotación de personal. Hoy, con la alta rotación, no se logra generar la confianza.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Señora ministra, esa situación fue reiterada respecto de las confianzas y los psicólogos.

Tiene la palabra la señora Carmen Castillo.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, esos son precisamente los puntos sensibles que señalábamos, en el sentido de ver cómo conquistar para que llegue la confiabilidad en el sistema, de estos niños, niñas y adolescentes que están en un proceso de apoyo, pero que lamentablemente reciben muchas intervenciones, en donde ninguna es efectiva, porque en su mayoría son cortoplacistas, por cumplir una meta u otra estrategia, situación similar a la que ha ocurrido en el Sename, donde hay niños con mayor vulnerabilidad social y ambiental, y con quienes se está trabajando en fortalecer un sistema más estable, con todas las dificultades que ello significa, porque lamentablemente los profesionales muchas veces entran y salen de manera seguida, y basta ponerse en el lugar de los niños para darse cuenta que a uno no le gustaría que a cada rato le cambien el psicólogo, porque la historia se debe contar de nuevo, lo que molesta a los jóvenes y se pierden oportunidades. Por ejemplo, cuando mostraba el dibujo de los niños que están afuera, denominados *outsiders*, me refiero a una situación lamentable porque precisamente no quieren continuar con un tratamiento que no los conduce en ningún sentido. Por lo tanto, lo que tenemos que trabajar fuertemente es cómo recuperar procesos que tengan sentido.

En ese sentido, en el Sename, cuando se entra a definir a un niño, niña o adolescente bajo la protección del Sename, de ahora en adelante, para entrar, tiene que pasar por un control de salud, que lo determine y lo evalúe, de tal forma de tener la información de cada niño en el sentido de saber si un niño es adicto, otro tiene una depresión u otro un problema oftalmológico o de sordera. En este caso me refiero a niños, niñas y adolescentes que no han tenido una continuidad de control de salud, por lo que debemos buscar una forma para que se evalúen integralmente y después tengan

controles en el centro de salud más cercano al hogar en el que viven. Esta es una obligación que como sector salud hemos suscrito con el Sename, por lo tanto, ya estamos interviniendo no solo en los barrios críticos sino con cualquier niño del Sename de cualquier parte de Chile que tenga la condición de alta vulnerabilidad.

Respecto de la consulta sobre políticas a largo plazo, como ministerio lo estamos evaluando porque realmente, tal como lo decía el diputado Giorgio Jackson, lo que hacía la Secretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Salud se dejó de hacer en el gobierno pasado, sin embargo, para nosotros es importante que se mantenga. Lo más probable es que lo hagamos a través del programa Chile Crece Contigo porque ahí se puede asentar y afirmar una fórmula de trabajo que tenga una continuidad más allá de los gobiernos y que se refiere a la salud pública histórica que tenemos nosotros como Gobierno, como Chile y como país, que lleva más de 70 años, y que ha impactado en estos indicadores sanitarios que exhibimos en el mundo, respecto de los cuales nos enorgullecemos. Sin embargo, cuando vamos al detalle, encontramos estos problemas que lamentablemente son signos de que no estamos siendo justos y equitativos como quisiéramos.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señora Maya Fernández.

La señora **FERNÁNDEZ** (doña Maya).- Señor Presidente, encuentro muy bueno lo que plantea respecto de los niños, en el sentido de que antes de entrar a un centro del Sename los niños tengan una evaluación integral. Sin embargo, me gustaría que una vez que salgan de la institución, el servicio de salud los siga acompañando. Lo digo porque cuando un joven sale del sistema, el programa queda en la institución. Lo ideal es que el programa genere una hoja de ruta definida que acompañe a los niños, niñas y adolescentes hasta el final. Esto es vital porque el programa se corta una vez que salen del sistema o, por otro lado, entran a competir en los cupos de los distintos programas. Por lo tanto, creo que se debe generar una continuidad en los procesos de protección porque es una manera efectiva de hacer las cosas.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado

señor Luis Lemus.

El señor **LEMUS**.- Señor Presidente, los centros de salud familiar son centros que pertenecen a la salud primaria y son extremadamente positivos en las zonas vulnerables. Sin embargo, en este tema, que tiene que ver con la seguridad y donde se mezclan el alcohol y las drogas, casi siempre estos centros funcionan a través de los aleros del municipio, por lo tanto, el Ministerio es más bien el que entrega los recursos, que los que actúan directamente, salvo cuando lo hacen a través de algunos programas.

En las comunas vulnerables, o las localidades vulnerables, no hay centros especializados de derivación, más cuando hay problemas con el alcohol y la droga, que conllevan situaciones extremas, como la de la internación de una persona, porque ya está al nivel de generar un problema a la familia y a quienes viven alrededor.

Me he encontrado con situaciones de ese tipo, y cuesta una enormidad encontrar un centro especializado donde se pueda derivar a una persona que lo necesita.

En zonas vulnerables, es evidente que esto es un problema mayor, lo que demuestra una falencia por parte del Ministerio.

Por otro lado, entiendo el involucramiento que deben tener todos los servicios públicos que funcionen en una política social. Sin embargo, no veo que el Ministerio se involucre tanto como los demás en la parte comunitaria, más cuando estos temas deben ser trabajados comunitariamente y ser parte de una red, no un invitado sin parte activa. En ese sentido, nuestro sistema de salud en general es de derivación, y quien desee un servicio, lo tiene que ir a buscar, por lo que ello evidencia que no tenemos una salud más comunitaria y de verdad.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señora Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, para darle contexto a la pregunta, quiero hacer la distinción de que vulnerabilidad no es lo mismo que pobreza, y que los factores medioambienteles tienen influencia.

Quiero saber qué pasa con el embarazo adolescente en estos

lugares, y qué estrategia está siguiendo en este punto específico el Ministerio.

Lo planteo porque normalmente uno se encuentra en estos barrios críticos que tiende a perpetuarse una situación de embarazo adolescente, en un estado de precariedad de mujeres que no acceden al empleo y cuyos niños tampoco tienen acceso a los jardines.

Por otro lado, las niñas comienzan tempranamente a cuidar a sus hermanos, y la visión es que es normal ser mamá adolescente y, por lo tanto, tenemos abuelas de cuarenta y tantos años, y esa nieta de la misma manera sigue perpetuando esa situación.

Entonces, nuestro país está teniendo en promedio tasas de fecundidad bastante bajas, pero en grupos distintos. Los profesionales y las personas que tienen otro tipo de acceso al trabajo están teniendo tasas de menos de 2; sin embargo, en los casos señalados las tasas se mantienen altas. Me parece que ese es un tema supercomplicado y quiero saber qué está haciendo el ministerio al respecto.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Tiene la palabra la señora ministra.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, quiero agradecer todos los aportes. Para nosotros, como sector, es tremendamente importante escuchar la mirada que tienen los parlamentarios respecto de nuestra labor.

Respecto de lo que preguntó la diputada Fernández sobre las políticas de largo plazo, efectivamente queremos dejar alguna fórmula que sea más constante y en eso estamos trabajando.

En este momento se está haciendo un programa psicosocial en la atención primaria, que tiene que ver con lo que queremos dejar. Precisamente, le pregunté a Isabel si era una meta, porque cuando se colocan metas sanitarias de inmediato la gente tiene que cumplirlas. Por eso, le dije que pusiéramos como meta que se pueda impactar con los programas psicosociales, cuyo contenidos específicamente son acompañamientos psicosociales. Entregan herramientas para hacer efectiva la labor de vinculación, de monitoreo, de seguimiento, de acompañamiento efectivo a la población más

vulnerable, a cargo de un establecimiento de atención primaria. Es decir, define el sector más vulnerable de la comuna y genera intervenciones a favor de las personas que, por ejemplo, tienen que ver con los derechos de las víctimas de maltrato, es decir, mucho más de lo que hoy se está hablando aquí.

Por lo tanto, para nosotros es importante ojalá dejarlo asentado. El programa acompaña a niños, niñas y adolescentes, jóvenes de alto riesgo psicosocial, a través de la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo de la atención.

Esto está definido y se está trabajando en Bajos de Mena, en La Legua, en Parinacota, en El Castillo, en Santo Tomás de La Pintana, en Lo Amor, en Sara Gajardo, en Cerro Navia, en el barrio norponiente, en San Luis, en José María Caro, en 4 de Septiembre y en La Pincoya. Me señalan que el programa no está en la población José María Caro, pero en todas las otras sí está presente.

En relación con lo que señaló el diputado Lemus respecto de que nosotros estamos mirando desde atrás, sí, pero somos los que mandamos las indicaciones. Puede que el municipio sea quien genera las acciones sanitarias, pero nosotros evaluamos que efectivamente se lleven a cabo. Entregamos fondos vía la resolutividad que firma el director del servicio con el alcalde para entregarles fondos para acciones sanitarias específicas. Por lo tanto, tenemos algún control sobre ello y evaluamos.

¿Qué hacer con una urgencia? Cuando hay una urgencia, por ejemplo, un adolescente que muchas veces quiere suicidarse, tiene que ir inmediatamente a una urgencia. No puede esperar.

Nosotros -el doctor Accorsi me está hablando como Pepe Grillo- tenemos definida la quinta especialidad para los hospitales: la psiquiatría de urgencia. No la psiquiatría crónica para el paciente que se queda toda la vida en un hospital. Me refiero a la psiquiatría aguda, a la que llega el descompensado por alcohol o drogas, el niño, niña o adolescente que quiere suicidarse. Es decir, tenemos todos los cuadros agudos psiquiátricos que requieren una atención.

Otro problema de salud es la esquizofrenia, que también es

un cuadro agudo de casos que se detectan con un brote agudo, y es AUGE, por lo que toda la atención es gratis.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, a propósito de la definición de una quinta especialidad en urgencia, ¿significa creación de cargo de 28 horas para psiquiatra en el servicio de urgencia?

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Dependiendo del hospital. Hay hospitales en los cuales solo estamos generando camas de día, pero hay urgencias que se están dejando en los hospitales grandes para liberar los cuatro hospitales psiquiátricos que hay en Chile, que están muy distantes de donde están arraigadas las personas.

Entonces, queremos que los hospitales del norte, del centro y del sur cuenten con unidades psiquiátricas que den atención a la población de la jurisdicción, y eso lo estamos trabajando fuertemente, porque es la mejor fórmula de dejar asentada la psiquiatría para todos los habitantes y que esta no sea solo para quienes pueden acceder a los hospitales psiquiátricos Horwitz, El Peral, Salvador, en Valparaíso, o Philippe Pinel de Putaendo. Por lo tanto, la psiquiatría de urgencia en este momento está en pleno proceso y en pleno trabajo.

Para atención primaria están los Cosam, que son centros de salud mental, a los que uno puede acudir cuando no es algo de urgencia.

Respecto del tema del embarazo adolescente, que señaló la diputada Hernando, ayer hicimos una presentación que le podemos hacer llegar respecto del embarazo adolescente, en la cual señalamos precisamente muchos de los componentes que mencionó la diputada.

El embarazo adolescente lo estamos trabajando como un tema muy especial. En este momento estamos asociados el Ministerio de la Mujer, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación. Nosotros aportamos con espacios amigables, como experiencia, en los cuales hemos bajado la tasa de embarazo adolescente y hemos tratado de postergar el inicio de la vida sexual.

El Injuv tiene un dato muy fuera de lo que estimamos que es real, pues señala que el inicio de la vida sexual en las niñas sería a los 17 años y en los niños a los 16.7 años, en circunstancias de que para nosotros es entre los 10 y los 13 años. Por lo tanto, es una situación bastante crítica y hemos podido obtener una baja importante del embarazo adolescente con las estrategias que estamos efectuando.

Tenemos ejemplos concretos e importantes. Estadísticamente es significativa la baja de embarazos en adolescentes con las estrategias que estamos efectuando y eso va más allá de los barrios críticos. Estamos efectuando un control de todos estos niños, niñas y adolescentes que inician una vida sexual.

Tenemos tres estrategias. La primera es que ojalá el inicio de la vida sexual sea lo más tardío, pero si los jóvenes ya son sexualmente activos, queremos que tengan la posibilidad de acceder a todos los anticonceptivos disponibles. Generalmente, los adolescentes eligen preferentemente dos: el pellet y el dispositivo intrauterino. No tenía idea que se los colocaban a las nulíparas, que son las mujeres que no han tenido hijos. Antes no se les colocaba, pero ahora sí y las adolescentes lo aceptan con gusto porque les quita el peso de estar tomando todos los días la pastilla, que les provoca obesidad o trastornos, o que se les olvida tomarla.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- ¿Y el diafragma?

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- No. Es que son elementos culturales.

Creo que hay que ir de a poco. Hemos logrado finalmente disminuir el embarazo adolescente gracias a la estrategia que estamos efectuando, y que ahora estamos intensificando, recuperando un poco la sexualidad y la afectividad, que es un tema muy importante que hay que agregar a todo lo que estamos hablando.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Jackson.

El señor **JACKSON.**- Señor Presidente, probablemente la próxima semana vamos a tener la sesión en Bajos de Mena y para la última semana de enero habíamos propuesto desde el comienzo que tuviéramos también una presentación de

académicos que se han dedicado a investigar este tema, porque lo han visto desde las distintas esferas. Hemos invitados a distintos ministros sectoriales, pero también hay mucho estudio de cómo abordar los temas que particularmente tienen estas características. Nosotros ya propusimos algunos invitados.

El señor **FARCAS** (Presidente).- Sería para el miércoles 25 de enero.

Pido a los parlamentarios que tengan otras propuestas de invitados las hagan llegar a la Secretaría.

Propongo que el próximo miércoles tengamos como invitado al ministro de Desarrollo Social.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 10.39 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Coordinador Taquígrafos Comisiones.