

COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LOS ACTOS DEL GOBIERNO EN RELACIÓN CON LOS IMPACTOS SANITARIOS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y LABORALES QUE LA PENDEMIA POR LA ENFERMEDAD COVID-19 HA PROVOCADO EN EL PAÍS, CEI 47.

ACTA DE SESIÓN ESPECIAL N° 13, LEGISLATURA 367ª, CELEBRADA EN LUNES 10 DE AGOSTO DE 2020, DE 14.00 A 16.50 HORAS.

SUMA

Continuar la investigación objeto del mandato. Al efecto, se escuchó la exposición de médicos expertos y autoridades de la Región de Coquimbo.

I. PRESIDENCIA

Presidió la sesión, de manera accidental, el diputado señor **Juan Luis Castro González.**

Actuó, en calidad de Secretario de la Comisión, el abogado señor Carlos Cámara Oyarzo; como abogada ayudante, la señorita Elizabeth Cangas Shand; y como secretaria la señora Mariel Camprubi Labra, todos vía remota.

II. ASISTENCIA

Asistieron, vía telemática, los diputados integrantes de la Comisión señores, Nino Baltolu Rasera, Ricardo Celis Araya, Frank Sauerbaum Muñoz; Diego Schalper Sepúlveda; Leonardo Soto Ferrada; Víctor Torres Jeldes, las diputadas integrantes de la Comisión señoras Marcela Hernando Pérez y Camila Vallejo Dowling, y ya mencionado Presidente accidental de la Comisión señor Juan Luis Castro González.

El diputado señor Pedro Álvarez-Salamanca Ramírez fue reemplazado por el diputado señor Sergio Gahona Salazar.

Asimismo, participaron en calidad de invitados, todos vía remota, la Dra. Danuta Rajs, experta en Estadísticas de Salud; la Dra. Catterina Ferreccio, Médico Cirujano de la Universidad de Chile, especialista en Salud Pública Y MSC en Epidemiología de la Universidad Johns Hopkins; la Dra. Ximena Aguilera, Médico Cirujano de la Universidad de Chile, especialista en Salud Pública y Magíster en Salud Pública U Chile; la Intendente de la Región de Coquimbo, señora Lucia Pinto Ramírez; el Secretario Regional Ministerial de Salud de

Coquimbo, señor Alejandro García Carreño; y el Director del Servicio de Salud (S) de Coquimbo, señor Edgardo González Miranda.

III. ACTAS

El acta de la sesión N° 11 se da por aprobada, por no haber sido objeto de observaciones. El acta N° 12 se puso a disposición de los señores y señoras diputados.

IV. CUENTA

El Abogado Secretario de la Comisión informó que se recibió el siguiente documento para la cuenta:

1.- Comunicación de la Bancada de la UDI, en que informa que en la sesión de hoy el diputado señor Sergio Gahona reemplazará al diputado señor Pedro Pablo Álvarez-Salamanca.

V. ORDEN DEL DÍA

La exposición de los invitados y las intervenciones de los diputados constan en detalle en el acta taquigráfica confeccionada por la Redacción de Sesiones de la Cámara de Diputados, que se adjunta a continuación.

VI. ACUERDOS

No hubo acuerdos.

Se hace presente que la sesión se realizó vía telemática, a través de la plataforma Zoom.

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.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 16.50 horas.



CARLOS CÁMARA OYARZO
ABOGADO SECRETARIO DE LA COMISIÓN

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LOS ACTOS DE GOBIERNO EN
RELACIÓN CON LOS IMPACTOS SANITARIOS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y
LABORALES QUE HA PROVOCADO EN EL PAÍS LA ENFERMEDAD COVID-19
(CEI-47)**

SESIÓN VÍA TELEMÁTICA

Sesión 13ª, celebrada en lunes 10 de agosto de 2020,
de 14.00 a 16.51 horas.

Presiden, de forma accidental, el diputado señor Juan Luis Castro y la diputada señora Marcela Hernando.

Participan la diputada Camila Vallejo y los diputados Nino Baltolu, Ricardo Celis, Frank Sauerbaum, Diego Schalper, Leonardo Soto y Víctor Torres.

El diputado Pedro Pablo Álvarez-Salamanca es reemplazado por el diputado Sergio Gahona.

Estuvieron presentes los diputados Leonidas Romero y Gustavo Sanhueza.

Participan como invitados la doctora Danuta Rajs, experta en estadísticas de Salud; la doctora Catterina Ferreccio, médico cirujano de la Universidad de Chile, especialista en salud pública y MSc en epidemiología, de la universidad Johns Hopkins; la doctora Ximena Aguilera, médico cirujano de la Universidad de Chile, especialista en salud pública y magíster en salud pública de la Universidad de Chile; la intendenta de la Región de Coquimbo, señora Lucia Pinto Ramírez; el secretario regional ministerial de Salud de Coquimbo, señor Alejandro García Carreño y el director (S) del Servicio de Salud de Coquimbo, señor Edgardo González Miranda.

TEXTO DEL DEBATE

-Los puntos suspensivos [...] corresponden a interrupciones o al mal audio en la transmisión telemática.

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

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

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

El señor **CASTRO**, Juan Luis (Presidente accidental).-
Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra para tratar puntos varios.

Ofrezco la palabra.

Tiene la palabra la doctora Danuta Rajs, exjefa del Departamento de Estadística y de Información de Salud.

La señora **RAJS** (doña Danuta).- Señor Presidente, yo no tengo una larga exposición que hacer, pero quiero informar que desde el inicio de los trabajos en torno a la pandemia, el ministerio procuró generar un sistema de información sobre defunciones propio, distinto del tradicional, lo que se puede llamar tradicional porque el DEIS existe desde el año 2000. Ese sistema, en el momento de inicio, no estaba completamente preparado para empezar a informar a diario las defunciones ocasionadas por la pandemia. Era un sistema que funcionaba, como ha funcionado desde hace años, con una descarga semanal de la base de datos del Registro Civil y con el trabajo ulterior sobre ella.

Sin embargo, por consejos que fueron acordados en el Comité Nacional de Estadísticas Vitales, el DEIS se empezó a preparar para entregar información diaria de defunciones, cosa que, como digo, no estaba haciendo, porque no era su forma de funcionar, no estaba en función de una epidemia de este nivel, y se demoró un par de meses en entregar esa información a diario, con un esfuerzo bastante especial del grupo que trabaja en esa función dentro del DEIS, grupo que integra la principal experta en clasificación de enfermedades y que es quien codifica las causas de muerte junto con un grupo de otras funcionarias, y de la propia jefatura del DEIS, que tampoco estaba en la línea de empezar a informar a diario las defunciones.

Por lo tanto, yo diría que desde mayo, y con la colaboración del Registro Civil, que pone a disposición su base de datos para ser codificada, se empezó a desarrollar muy bien este trabajo, que yo conozco muy directamente, porque sigo participando en el Comité Nacional de Estadísticas Vitales. Es decir, en el grupo de trabajo

formado por el Instituto Nacional de Estadísticas, el Servicio de Registro Civil e Identificación y el Ministerio de Salud, representado por el DEIS, que es un organismo que existe desde el año 82, que se reúne todos los meses y acuerda una serie de cosas técnicas en relación con la reducción de estadísticas vitales. En este contexto, en la reunión de marzo se decidió adoptar una serie de medidas para facilitar el acceso a la información de causas de muerte, en este caso, específicamente, de la causa covid-19.

Sobre esa materia se venían estado recibiendo, desde enero, instrucciones especiales de parte de la Organización Mundial de la Salud, que había establecido unas normas específicas para la codificación de la causa de muerte covid-19. Son varios documentos, que están disponibles, que se pueden estudiar y analizar, y que contienen una serie de indicaciones que el grupo de especialistas en la materia, o sea, las codificadoras del DEIS, adoptaron inmediatamente. Eso es así, porque el país, al ser miembro de la Organización Mundial de la Salud y al establecerse normas específicas de codificación para una causa de muerte tan importante, todos los países miembros adoptan esas medidas de inmediato. En esa virtud, y con toda la información que se había recibido desde enero, el grupo de codificación del DEIS, en especial la persona experta en la materia que está a cargo, me refiero a la psicóloga señora Daily Piedra, dirigió todo el trabajo y se empezó a codificar estas causas de muerte. Esta fue la primera etapa.

La segunda etapa fue lograr que el Registro Civil pusiera a disposición su base de datos a diario, a diferencia de lo que se hacía hasta ese momento, que era una base de datos de defunciones semanales y también de otros hechos vitales, de modo que se pudiera trabajar en esa codificación todos los días. Y, dentro del día, ellas terminan de codificar, en especial doña Daily Piedra, que es quien se hace cargo de esta causa de muerte en especial y termina de codificar en el transcurso del día todas las defunciones inscritas por covid-19.

Esto implica asignar el código mediante una serie de reglas, que son complejas y que no voy explicar, y que están

disponibles en el volumen II de la clasificación estadística internacional de enfermedades y en las normativas impartidas por la Organización Mundial de la Salud desde enero de este año. Repito, se realiza esa codificación de las causas, dando lugar a dos grupos, que son parte del mismo gran grupo, me refiero al grupo covid-19, que son aquellos que son confirmados mediante exámenes de laboratorio, es decir, prueba de PCR positiva para covid-19 y que se codifican con el código U07.1, y aquellos que son no confirmados por laboratorio, sino clínica y epidemiológica, que se codifican con el código U07.2. Estos dos códigos, por supuesto, son sumables, porque forman parte del código U07. Por lo tanto, esas son las defunciones por covid-19.

Sin embargo, hay que señalar que la información que se obtiene día a día es siempre preliminar, porque se usan muchas otras fuentes para ratificarla. Por ejemplo, la fuente principal es el certificado médico de defunción y, sobre ese documento, se aplican reglas de codificación.

Como dije, se pueden leer en el Volumen II de la clasificación estadística internacional de enfermedades y en los documentos que la OMS ha emitido, desde enero hasta junio de este año, respecto de observaciones acerca de ese proceso de codificación. De esta forma, se decide o se define cuál es el código que identifica la causa de muerte covid-19 que no, necesariamente, requiere ser definida con exámenes de laboratorio. Sin embargo, aquellos casos que son sin examen de laboratorio quedan sujetos a revisiones ulteriores; por lo tanto, es posible que un caso que, inicialmente, se ha codificado, por ejemplo en mayo, como covid-19 sin laboratorio, después se reciba la información del examen de laboratorio positivo y se traslade al código U07.1; no obstante, también puede ocurrir que respecto de un caso que está codificado como U07.2, es decir, covid-19 sin examen de laboratorio, se reciba otra información posterior que lo descarte. Por eso, decimos que dichos datos son preliminares.

Generalmente, el ciclo completo de estadísticas de causas de muerte de un año se concluye a fines del año siguiente, porque el año estadístico que se define para causas de muerte es de 15 meses, no de 12 meses. Es decir, el año estadístico

dura hasta el 31 de marzo del año siguiente, lo cual está definido de esa manera por norma de este convenio tripartito para las estadísticas vitales que, como señalé, es el que se reúne mensualmente, desde 1982, y que define una serie de pasos técnicos, todo ello muy largo de describir.

Lo importante es que, en función de lo anterior, se termina decidiendo la causa definitiva de muerte al año siguiente y es así no solo en Chile, sino en todo el mundo.

En nuestro país contamos, por suerte, con este comité y con este grupo de trabajo que está formado por representantes de las tres instituciones que mencioné, pero en el que la única institución que define la causa básica de muerte y las causas adicionales o concomitantes es el DEIS del Ministerio de Salud. Las otras dos instituciones son entidades que registran.

El Servicio de Registro Civil e Identificación registra cuando la población quiere, no cuando uno quiere. Por mí, ojalá, las defunciones se registraran 10 minutos después de ocurridas, pero no es así, esa no es la realidad y en ninguna parte del mundo lo es.

Lo que hace el Servicio de Registro Civil e Identificación es registrar lo que algún declarante va a inscribir con un certificado médico de defunción, que además debe tomar los datos exactos de lo que está en el certificado médico de defunción. Ese contenido es el que después pasa -además, el DEIS dispone de copia del certificado médico y de defunción- al proceso de codificación y análisis en el DEIS.

Otro proceso de codificación de variables sociodemográficas se desarrolla en el INE, en el subdepartamento de demografía, dentro de las estadísticas demográficas y sociales.

Finalmente, ese trabajo conjunto es el que da lugar a las estadísticas de causas de muerte, pero eso no obsta a que, mientras se logra, no podamos estar informando todos los días, que me parece un poco exagerado, pero, por ejemplo, todas las semanas o todos meses, las causas de muertes que están inscritas, las que se pueden informar tal como están y entendiéndolas como causas preliminares, porque algunos casos después van a ser descartados, que es lo que está ocurriendo en este momento con los datos de los meses anteriores, pues

algunos casos están siendo descartados.

Yo pedí -desgraciadamente, no pude obtenerlo para hoy- el número de casos de los meses anteriores que, habiendo sido inscritos inicialmente como probable covid-19, o sea, con el código U07.2, fueron descartados. Lamentablemente, no pude conseguir esa información, pero ofrezco enviársela apenas la tenga disponible, doctor Juan Luis Castro, porque es una información que se conoce en el DEIS. Pero, repito, hoy traté de conseguirla y no fue posible, a lo mejor, deben haber tenido un trabajo terrible, porque están trabajando a alta velocidad.

Eso es lo que podría contar en cuanto a cómo se genera esta información, que es la información oficial de causas de muerte, pero que aún no tiene el carácter de oficial, sino de preliminar, porque -como dije- se está trabajando sobre esos registros, haciendo múltiples verificaciones que muchos de ustedes conocen que se hacen. Además, como dije, debe terminar el año estadístico, que termina en marzo del próximo año, para saber finalmente cuántas defunciones por covid-19 vamos a tener, lo que no sabemos todavía.

¿No sé si a usted le parece satisfactoria esta explicación, señor Presidente?

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Muy bien, gracias doctora Danuta Rajš.

Para preguntas o comentarios sobre la exposición, ofrezco la palabra.

Tiene la palabra el diputado Ricardo Celis.

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señor Presidente, por su intermedio agradecer a la señora Danuta Rajš su buena presentación y, además, su claridad en la materia.

Quiero preguntar la opinión de la doctora respecto del diagrama de flujo que muestra el Ministerio de Salud en este momento, en el cual, para los casos probables, que pertenecen a unas de las categorías que mencionó, aparece una derivada que dice que a los casos probables no necesariamente se les va a hacer el PCR. Entonces, se señala que se hace el manejo clínico y el aislamiento que corresponde, pero indica que no es necesario hacer el PCR.

En ese sentido, quiero pedir su opinión, porque cuando ella

dice que, probablemente, en algunos meses más, vamos a conocer el número total, obviamente, aquí, hay una inconsistencia. Si vamos a conocer solo los resultados con PCR positivo, que es lo que informa el gobierno, no informa el número global -me refiero a la información que vamos recibiendo y a los cálculos de mortalidad que actualmente conocemos-, porque la tasa de mortalidad que se conoce diariamente no toma en consideración a estos dos subgrupos.

En esa línea, cuando se adopta la decisión de no hacer el PCR, hay un sesgo importante para el primer grupo, que parte solamente del diagrama de flujo.

En relación con eso, quiero pedir su opinión.

El señor **CASTRO**, don José Luis (Presidente accidental).- ¿Hay otra pregunta, don Carlos Cámara?

El señor **CÁMARA** (Secretario Comisión Covid-19).- Señor Presidente, nadie ha pedido hacer uso de la palabra.

El señor **CASTRO**, don José Luis (Presidente Accidental).- Entonces, voy a formular inmediatamente mis preguntas.

Doctora, a mediados de junio se produjo una polémica con el anterior ministro de Salud, porque hasta esa fecha, cercana al 10 de junio, aproximadamente, y con seguridad hasta el 13 de junio, solo se conocía públicamente el reporte diario de fallecidos.

Esa era la información que se manejaba por toda la comunidad nacional y médica. En esa oportunidad -el 13 de junio, exactamente-, se publicó un reportaje que permitió precisar que había un registro de casos probables que se comunicaba a la OMS, desde hace un tiempo determinado, y que no se informaba a la opinión pública de nuestro país hasta esa fecha. Esta fue la oportunidad en que renunció el exministro de Salud. Quiero ser preciso, porque fue el mismo día en que salió este reportaje y asumió el actual ministro de Salud, Enrique Paris.

Han pasado dos meses hasta la fecha, y no ha habido hasta ahora un resultado que permita, como usted lo señaló al principio, decir que ambos grupos son sumables.

Sin embargo, pido su opinión respecto de por qué la autoridad no ha sumado estos números de fallecidos a la fecha, porque hay más de diez mil covid-19 positivos

confirmados, y entiendo que algo más de cuatro mil casos probables.

No obstante, la autoridad en nuestro país siempre se refiere a diez mil fallecidos. ¿Por qué no son sumables? Si usted ha señalado técnicamente que eso ocurre así y me imagino que en otros países, también. ¿Qué ha sucedido que en Chile, desde su punto de vista, esto no ocurra hasta la fecha, a pesar de que ha habido compromisos del actual Ministerio de Salud de avanzar definitivamente en unificar estos criterios y no tener más controversias, y despejar, precisamente, esta situación dual, que no debiera ser tal, a la luz de la elucubración que se hace de estas estadísticas? Esta es la primera pregunta.

En segundo lugar, ¿qué información tiene usted respecto de lo que nos señaló el contralor General de la República, en la sesión pasada, en cuanto a que hubo 34.000 casos positivos no comunicados a la opinión pública en el mes de junio recién pasado -aproximadamente, el 20 de junio-, momento en que hubo un alza enorme de contagiosidad del covid-19, en la Región Metropolitana? Actualmente, eso es motivo de investigación y sumario por parte de la Contraloría General de la República, dado que, según el órgano auditor, a esa fecha existía en conocimiento de Epivigila una cantidad de 34.500 casos más de los que se declararon formal y públicamente en esa fecha en nuestro país.

Entonces, respecto del Epivigila, del DEIS y de lo que opinó la autoridad, ¿cuál es su punto de vista, a la luz de estos hechos que hoy motivan una auditoría de parte del Ministerio de Salud sobre estos casos?

Por último, ¿cómo se compatibiliza todo esto, cuando la propia autoridad máxima de Salud - aproximadamente, en mayo o a fines de abril- categorizó lo que se denomina el caso probable? Después, se unificaron algunos criterios, pero se categorizó, se instaló el concepto del caso probable como aquel que podía tener una clínica determinada o la relación entre contacto estrecho y síntomas, sin el requerimiento del PCR.

Si eso se estableció desde el principio, ¿cómo se ha dado una dificultad tan grande, si desde la misma autoridad se

establecen criterios compatibles unos con otros para determinar que un caso es real -estamos hablando de eso-, y no para sostener permanentemente que el caso real o definitivo es solo el PCR positivo, mientras el otro todavía aparece en una condición no inclusiva en la estadística, y de la información y el reporte que hasta hoy recibimos todos los chilenos?

Esas son las preguntas que quisiera formular.

¿Hay otra pregunta, don Carlos?

El señor **CÁMARA** (Secretario).- No, señor Presidente.

El señor **CASTRO**, don José Luis (Presidente accidental).- Tiene la palabra la doctora Rajjs.

La señora **RAJS**, doña Danuta (Experta en Estadísticas de Salud).- Señor Presidente, no sé si le parece que al diputado Ricardo Celis también lo incluya.

Primero, el tratamiento recomendado por la OMS para los casos y para las defunciones es un poco distinto. Bueno, yo no tengo ningún acceso.

Ahora me dieron acceso al Epivigila para ingresar un caso de algún paciente que haya visto; sin embargo, ustedes saben bien que no es eso lo que hago. Además, soy de un grupo ultra jubilado, aunque hace poco me dieron acceso, porque quería observar bien los formularios con los que se ingresa al Epivigila. Es eso solamente.

Entonces, no puedo contestar mucho respecto de esa parte. Entiendo que, por supuesto, todos los casos deben notificarse, sean con o sin PCR. ¿Por qué? Porque hay lugares en los que no se pudo hacer el PCR, por ejemplo.

Eso es raro, claro; en este país en general hay acceso al examen, aunque no en el 100 por ciento.

A lo mejor hay casos que sí son covid-19, en los que no hubo confirmación diagnóstica a través de PCR, sino que la confirmación fue clínica y epidemiológica. O sea, era un miembro de un grupo familiar, donde había otros casos de covid-19.

Entonces, para el tema de las defunciones, lo que predomina es lo que señala el médico en el certificado de defunción.

Por lo tanto, si el médico puso covid-19 en una posición - digamos- apropiada, esa es una defunción por covid-19,

independientemente de que se haya realizado o no el examen PCR.

Cuando el doctor Celis se preguntaba por 34.000 casos que no estaban informados, pero eso era un tema de tiempo y no de que no se iban a informarlos nunca. Hubo un atraso en el Departamento de Epidemiología y en los servicios de Salud, por carecer, seguramente, de suficientes recursos para ingresar esa información o para darla por definitiva, porque, obviamente, una base de datos de lo que usted quiera, sea de casos o de defunciones, no puede darla por definitiva al día siguiente. O sea, debe mirarla con bastante detalle, hacer todas las validaciones del caso y recién en ese momento ponerla a disposición.

Me parece que hubo atrasos en el ingreso de los casos a las respectivas bases de datos, pero en el caso específico de las defunciones eso está completamente superado, lo cual no significa que estén todas inscritas, porque dependen de la inscripción que hacen las personas y no, por ejemplo, de que el Servicio de Registro Civil las tenga inscrita. Dicho Servicio depende de que un deudo vaya hasta al registro e inscriba esa defunción.

Seguramente no lo ha hecho por veinte razones, o porque todos los miembros de la familia están enfermos y ninguno puede salir ni gestionar, ya que la gente inscribe las defunciones para darle sepultura o proceder al proceso de sepultación y no porque nosotros queramos hacer estadísticas. Esa persona lo hace por esta otra razón.

Entonces, en muchos casos ha ocurrido que los cuerpos se mantienen almacenados en las cámaras frigoríficas de los hospitales, o del Servicio Médico Legal, o de donde sea, y no son recabados porque no hay ningún miembro de la familia en condiciones de hacer ese trámite.

Por lo tanto, de repente aparecen defunciones inscritas 15 o 20 días después de ocurridas, para lo cual los familiares deben hacer un trámite legal. Ellos no pueden inscribir directamente en el Registro Civil; o sea, deben hacer el trámite judicial.

Finalmente, hacen la inscripción, retiran el cuerpo, hacen la sepultación, etcétera, todas las cosas derivadas de

aquello, pero que a nosotros, en el ámbito de las estadísticas de causas de muerte, obviamente nos implican que haya defunciones que ocurrieron por esa causa y que todavía no conocemos, porque no han sido inscritas, lo cual es lógico, válido, etcétera.

Ahora bien, en cuanto a los 34.000 casos no comunicados, son dilaciones del registro. Partamos diciendo cómo funciona nuestro sistema de salud. Cabe recordar que desde 2004 o 2005, según la ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, la distribución presupuestaria fue bastante especial: 96 por ciento en las redes asistenciales.

El área de la autoridad sanitaria, donde se reconoció la ubicación de los órganos estadísticos, y si bien los servicios de salud cuentan con órganos estadísticos la ubicación primordial se entendió en salud pública, y quedó con un nivel de recursos no tan importante. Entonces, no es raro que ocurran esos atrasos o dilaciones cuando el número de casos es muy grande.

En este momento en términos de defunciones todo lo que está inscrito por covid-19, incluso por otras causas, está al día. O sea, apenas llega la base de datos del Registro Civil se baja en la mañana temprano en el DEIS, que es el único lugar donde se codifican las causas de muerte. Ese mismo día en la noche esas causas de muerte están todas codificadas. Por lo tanto, se puede trabajar con esa información.

¿Qué ocurre con las defunciones por covid-19 que no cuentan con examen de PCR?

Si se mira lo que han estado informando los países a la OMS, se informa solo las defunciones que cuentan con PCR positivo. O sea, muchos países están haciendo eso, es decir, informando solo el código para quienes tienen PCR positiva, U07.1, no significando eso que van a ocultar el resto, sino que el resto está en estudio.

Más o menos de lo que hemos ido mirando la verdad es que yo hubiera querido tener hoy ese dato, pero no lo logré obtener; sin embargo, lo voy a tener. Primero, se ha observado que la mayoría, es decir, más del 70 por ciento ocurren en establecimientos de salud, en circunstancias de que más o menos la mitad de las defunciones en general en Chile ocurre

en los domicilios y no en los establecimientos de salud.

Es posible que haya mucha más certeza respecto de la causa de muerte en las que han ocurrido en establecimientos de salud.

Si el médico certificó covid-19 con o sin examen de laboratorio, quien por lo demás está perfectamente facultado para hacerlo, pasarán a ser muertes por covid-19, pues no son discutibles. Si el médico lo certificó así, entonces no es discutible.

Son discutibles aquellas que tienen algunas causas de muerte de una serie de términos que la propia OMS informó y entregó a los países para que sospecharan que podía ser covid-19, caso en el cual hay dos posibilidades. Una es que la causa de muerte diga otra palabra de una lista que la OMS entregó y que el examen sea positivo, en cuyo caso quedan como U07.1 inmediatamente, aunque no diga la palabra "covid-19", pero sí otros términos equivalentes. Es una lista que aparece en los documentos que dije que la OMS ha publicado. No son tantas, sino que deben ser alrededor de diez palabras.

La otra posibilidad es que diga otro término y el examen de PCR sea negativo, en cuyo caso esas defunciones dejan de ser contabilizadas como covid-19 y pasan a otro grupo de causas dentro de la clasificación de enfermedades que ustedes conocen. Es una lista muy larga y tiene lugar para cualquier causa de muerte.

Lo que quiero ratificar con eso es que a lo menos en el DEIS se ha hecho todo lo posible de parte de las codificadoras expertas para que no se vaya a subregistrar ningún caso de muerte por covid-19; o sea, está razonablemente seguro.

Al mismo tiempo, lo que la autoridad informa es lo que la autoridad decide informar. Seguramente, para el ministro y su equipo es válido informar las muertes que tienen examen positivo confirmado, en las que se hizo examen y arrojó resultado positivo. Las otras las dejan para estudiarlas más adelante. Por eso, creo que informan esas diez mil y tanto muertes -lamentablemente hoy no vi cuántas se informaron- en espera de que se confirmen aquellas que están codificadas como U07.2. Sin embargo, fehacientemente, sí le puedo decir

que algunas van a ser descartadas y asignadas a otra causa de muerte. Si bien, en este momento, no sé cuántas, puedo afirmar que sí van a ser descartadas y van a ser asignadas a otra causa de muerte. Desgraciadamente, no le puedo decir cuántas, porque no alcancé a conocer esa respuesta.

No sé si con eso le alcancé contestar a usted y al doctor Celis.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Si le parece a la comisión, vamos a escuchar a las doctoras Ximena Aguilera y Catterina Ferreccio, considerando que ambas son miembros del comité asesor Covid-19 del Ministerio de Salud, y luego procederemos a la ronda de preguntas.

Tiene la palabra la doctora Ximena Aguilera.

La señora **AGUILERA** (doña Ximena).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a los miembros de la comisión.

Respecto de la pandemia, nosotros formamos parte del consejo asesor independiente del Covid-19; independiente, porque somos miembros de la academia y fuimos llamados de forma voluntaria a colaborar en esta respuesta del Ministerio de Salud frente a la pandemia.

Nos constituimos el 11 de marzo, con fecha posterior al ingreso de la enfermedad a Chile. Para ubicarnos en contexto, el primer caso en el país se notificó el 3 de marzo, a pesar de que se detectó unos días antes. Con fecha 15 de marzo tuvimos la primera reunión del consejo, que fue un día domingo. En esa oportunidad, entregamos una serie de indicaciones y recomendaciones.

El rol del consejo es guiar al ministerio en las políticas de respuesta a la pandemia. Estas indicaciones estaban relacionadas con una estrategia integral de respuesta al brote, desde lo primero, que en ese momento era muy relevante, que era cortar con la importación de casos, detectar y controlar las fuentes de contagio.

Cabe recordar que recibimos más de 400 casos importados desde España, principalmente, e Italia, que fue la forma en que ingresó la pandemia al país. En cuanto a detectar y controlar la fuente de contagio, ello implica lo que hoy se conoce como estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento. Para eso, recomendamos que el testeo fuera gratuito, por

ejemplo, que se considerara como bien público, que se ampliara la capacidad de testeo usando a las universidades; que los pacientes, una vez detectados, quedaran aislados en establecimientos hospitalarios, como una manera de controlar la diseminación de la enfermedad. Lo anterior no fue visto con muy buenos ojos por la comunidad médica, que estaba preocupada por el aumento que iba a ocurrir posteriormente en las camas críticas. En ese momento estábamos hablando de centenares de casos, por lo que necesitábamos controlar la fuente de contagio. Dentro de eso también estaba considerada la detección oportuna de contacto.

Otras de las estrategias que recomendamos, que son parte de las estrategias integrales de respuesta a la pandemia que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS), es fortalecer la comunicación de riesgo, tomar todas las medidas necesarias para preparar al sistema asistencial, de manera de reducir la letalidad, proteger a los grupos vulnerables y fortalecer la comunicación de riesgo y la distancia social.

Respecto de la situación y las estrategias de la pandemia, hemos emitido una serie de comunicados a través de minutas que subimos a un sitio web que nosotros mismos creamos. Para ello, el 21 de marzo se hizo una revisión de esas primeras medidas y, luego, en distintas minutas fuimos reiterando medidas para fortalecer la estrategia de respuesta comunitaria al brote. Eso fue con fecha 1 de abril y 19 de abril. Dicha instancia fue en relación con la oposición que tuvimos en una carta al llamado al reintegro a las actividades. Después, seguimos el 10 de mayo; el 19 de mayo; el 12 de junio, que fue cuando nos enteramos de que el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) tenía estadísticas de defunciones; el 29 de junio, cuando hicimos una recomendación respecto del plan de desconfinamiento, y el 27 de julio, fecha en que recomendamos indicadores para el plan de desconfinamiento.

Esas son solo las minutas que se refieren a las estrategias. Además, tenemos otra serie de minutas respecto de los test, la capacidad de detección, cuánto debe durar el aislamiento y temas más técnicos.

En relación con la situación de la pandemia, podemos decir

que tenemos una situación heterogénea. Siempre va a ser así, desde un principio fue heterogénea, puesto que la pandemia no entra al mismo momento en las comunidades. Primero entró en un sector de Santiago, probablemente había entrado, también, con anterioridad en Punta Arenas y en La Araucanía, en donde se empiezan a producir los brotes más graves y, posteriormente, se fue difundiendo hacia el resto del país. De hecho, aún hay comunidades que no han tenido casos y hay otras que han experimentado una primera ola de casos, incluso algunas han tenido rebrotes de casos, como la Región Metropolitana, en donde se ha concentrado la mayor cantidad de casos, producto no solo de la concentración poblacional, sino de las condiciones de la ciudad, puesto que este es un fenómeno que afecta con predominancia a los ambientes urbanos. Por eso las ciudades son las más afectadas. Santiago, además, por sus características de densidad poblacional y de movilidad de la ciudad, concentra la mayor cantidad de casos y la mayor tasa de incidencia, incluso ajustando por tamaño poblacional.

Respecto de la estrategia, mi opinión es que estamos en un contexto institucional, como mencionó la doctora Rajs, en que los servicios de salud pública han sido históricamente desfinanciados, despriorizados y politizados, sumado a que no estaban trabajando en la preparación pandémica, lo que da un contexto institucional débil. Nosotros tenemos un sistema de salud segmentado y fragmentado, lo que también altera la capacidad de respuesta a una situación de emergencia como esta, además del contexto político y social en el cual nos encontrábamos, todas las cuales no eran condiciones favorables para ofrecer respuesta a una emergencia de esta magnitud. Creo que la estrategia se desbalanceó hacia lo hospitalario y se descuidó la parte comunitaria.

En nuestras minutas insistimos, en muchas oportunidades, en la necesidad de implementar la trazabilidad con apoyo de la atención primaria, que históricamente ha participado en la detección y respuesta de los brotes.

Durante muchos años fui jefa de epidemiología y jefa de división de planificación sanitaria en el ministerio. De hecho, trabajé alrededor de veinte años en el ministerio.

Incluso, la doctora Rajs trabajó en el departamento de estadísticas, para cuya creación, en 2000, me correspondió hacer la minuta. Entonces nosotros trabajamos mucho tiempo en implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de respuesta a emergencias, que se basa en la respuesta del nivel local y en el fortalecimiento de la atención primaria con delegados de epidemiología. Ese es el primer nivel de respuesta para cualquier emergencia, porque toda emergencia es local, antes de llegar a un nivel regional y nacional. Sin embargo, a través del tiempo, no necesariamente solo en este último gobierno, eso se había ido debilitando, como nosotros podemos analizar, que es lo que sucedió en el brote de fiebre Q, hace algunos años, momento en que también hubo una respuesta bastante débil, incluso de parte del Instituto de Salud Pública (ISP).

Entonces, hay una serie de elementos de contexto que confirman que el área de salud pública -concuero plenamente con las palabras de la doctora Rajs- está debilitada, desfinanciada y que, además, a nivel nacional, así como en varios países, se había abandonado la preparación pandémica después de lo que ocurrió con la pandemia de 2009 y no se siguió trabajando continuamente en eso. Desde mi punto de vista, todos esos factores han afectado la capacidad de respuesta, además de los problemas propios de la gestión y de la falta de comunicación social fuerte para responder a la pandemia.

Aprovecho de informar que a las 16 horas tenemos una reunión con el ministro de Salud y la subsecretaria de Salud, de modo que dejo hasta aquí mi exposición.

Quedo a disposición de la comisión para responder las preguntas que deseen formular.

El señor **CASTRO** (Presidente accidental).- Doctora Ximena Aguilera, tenemos considerado terminar con la participación de ustedes a más tardar a las 15:45 horas, de modo que no se preocupe.

Tiene la palabra la doctora Catterina Ferreccio.

La señora **FERRECCIO** (doña Catterina).- Señor Presidente, como era de esperar, estoy totalmente de acuerdo con lo planteado por la doctora Ximena Aguilera en relación con los

problemas estructurales.

Solo agregar algo más específico respecto de la conducción de la emergencia sanitaria derivada del brote. Es verdad lo que dijo la doctora Aguilera, que nos encontramos con un sistema desmembrado, desintegrado y muy empobrecido en todo lo referente a salud pública. Desde hace varias décadas, sabemos que la autoridad sanitaria es muy débil, ya que no cuenta con recursos propios, en comparación con los distintos servicios de Salud. Esa es la verdad: nos encontramos con un sistema muy frágil.

La epidemia era razonablemente controlable cuando partió. Dado lo que sabemos hoy sobre la gran cantidad de sujetos asintomáticos que transmiten el virus, no podemos hacernos la ilusión de poder controlar esta enfermedad en un ciento por ciento.

Siempre se nos escapan algunos casos, pero, como dijo la doctora Aguilera, considerando que los primeros 400 casos correspondían a personas que venían llegando del extranjero, si nos hubiésemos planteado el aislamiento de esos casos desde el primer momento, que fue lo que recomendamos, habríamos impedido..

Eso fue lo que se llamó fase 2, no sé si lo recuerdan. Se denominó así a la situación en que, ante todos los casos importados, la tarea fundamental era evitar que el virus siguiera transmitiéndose al resto de la comunidad, y la manera más eficaz y de menor costo social para lograrlo era tomar al infectante conocido y aislarlo, idealmente en un hospital. Eso fue lo que planteamos, porque de esa manera se obtendría certeza de que la persona infectada estaría bajo cuidado y dejaría de contagiar.

Insisto, si hubiésemos implementado esas medidas, no habríamos dejado de tener casos comunitarios, seguramente los habríamos tenido, pero no de esa magnitud. Además, cuando uno parte con el proceso de aislar, de trazar, y empieza a levantar sus sistemas de información desde el principio, no llega a la expansión que llegamos a tener.

Hubo una estrategia y una filosofía detrás de esa estrategia. Recuerdo haber conversado con el ministro de Salud, quien tenía muchas expectativas en la inmunidad de

rebaño, esa es la verdad. Él pensaba que iba a lograr inmunidad de rebaño, y por eso pensó en el carné de covid. ¿Lo recuerda?

Esa esperanza lo hacía pensar -me imagino, estoy interpretando- que no era tan malo ni tan grave que se infectaran muchas personas, si uno tenía un sistema de salud capaz de recibir a quienes enfermaban de gravedad, considerando que la gran mayoría sería de casos leves y que, probablemente, si se lograban manejar bien los graves, se podrían evitar los desastres que se habían visto recientemente en Italia, en Francia y en España.

Hasta mediados de junio la obsesión eran los ventiladores y las camas hospitalarias, que por suerte las tuvimos, porque, cuando la transmisión del virus se expandió, fueron muy necesarias y estuvimos al borde de sobrepasar su disponibilidad. Entiendo que, en esa primera onda que acabamos de vivir, todas las personas enfermas tuvieron sus camas y ventiladores, aun cuando algunas debieron ser trasladadas a otras ciudades.

Pienso que habríamos tenido una transmisión menor si hubiésemos sido capaces de implementar inmediatamente las medidas de aislamiento, si nos hubiéramos concentrado en evitar la transmisión comunitaria y al mismo tiempo en reforzar los hospitales, ya que no son medidas contradictorias.

A poco andar, a raíz de un estudio que se hizo en la UDD (Universidad del Desarrollo) en Santiago, aprendimos que el porcentaje de gente que en teoría quedaba protegida y con inmunidad de rebaño no llegaba a más de 5 o 10 por ciento. A partir de aquello, fue bastante evidente que esa esperanza en la inmunidad de rebaño no nos llevaría por buen camino.

Sin embargo, ya era un poco tarde, porque en todo ese tiempo, hasta junio, no implementamos ni desarrollamos nada de atención primaria, dado que además teníamos un sistema muy frágil, cuestión que todo el mundo de la salud pública le arranca al Ministerio de Salud y a las seremis, por lo politizadas que están. Si queremos trabajar en serio, nos arrancamos; ese es un problema del país.

Entonces, con esa fragilidad y ese atraso, llegamos a esa

situación. Dada esa fragilidad, tendríamos que haber partido mucho antes.

Efectivamente, no hubo una esperanza ni una proyección de lo que iba a pasar, que no pasó en lo que se refiere a la inmunidad de rebaño.

En la Región Metropolitana estamos saliendo de esta tremenda epidemia, y no más del 10 por ciento de la población va a estar infectada, o sea, el 90 por ciento de los santiaguinos seguiremos susceptibles de contagio, y eso es muy fuerte, ya que implica que estaremos obligados a implementar cuarentenas.

Nuestro consejo no estaba por esas cuarentenas, queríamos prevenirlas, pero eso implicaba hacer un control de la transmisión. Las cuarentenas son el resultado de no haber podido parar efectivamente la transmisión desde el día cero, y ahora, con este nivel de transmisión, estamos muy preocupados por la forma en que va a seguir.

Yo diría que tenemos el sistema de trazabilidad desde hace un par de semanas, o recién desde hace una semana, y está empezando a andar. El equipo técnico que está trabajando en eso en el Ministerio de Salud es muy pequeño y con poca experiencia. Sus integrantes son nuevos, están trabajando desde la mañana hasta la noche, tratando de echar a andar ese sistema de trazabilidad con muy pocos recursos, pero espero que se levante y que ayude a evitar una nueva ola de contagios.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado Ricardo Celis.

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señor Presidente, nuestras dos invitadas han hablado muy poco, pero han sido contundentes y claras, muy categóricas en sus juicios, en línea con lo que hemos conversado con los integrantes de la Comisión de Salud y con otros diputados.

Por su intermedio, señor Presidente, pregunto a las doctoras Ferreccio y Aguilera si, en temas de aislamiento y trazabilidad, creen que será suficiente solo con los números actuales, porque va a venir otro brote, toda la experiencia mundial dice que lo habrá. El punto es si seremos capaces de controlar eso, teniendo en cuenta las condiciones en que

estamos en Chile en este momento.

En segundo lugar, tengo la impresión de que ha quedado claro que las secretarías regionales ministeriales no son capaces de responder a una pandemia de esta naturaleza; han sido absolutamente insuficientes.

Tengo la impresión de que el hecho de que sean instituciones de origen político es una muy mala decisión; esas unidades deberían ser especialmente técnicas. La pandemia ha demostrado que politizar una seremía es un error enorme, y creo que estamos viviendo el resultado de aquello.

Tercero, la doctora Catterina Ferreccio lo responde un poco, pero aún no logro entender por qué la autoridad sanitaria desoyó lo que ustedes y todos decíamos: que los únicos que tenían lo suficiente como para salir a hacer testeo y trazabilidad era la atención primaria. Era obvio, era un tema numérico, es casi matemático. Entonces, ¿qué hecho hizo que desoyeran algo tan obvio? Además, se trata de gente capacitada, muy involucrada y comprometida; por eso, no se entiende por qué se desoyó lo que era tan evidente.

Escuché a autoridades que participaron hace poco en el Parlato, en que las estrategias fueron similares; todos tomaron decisiones más o menos similares, las decisiones genéricas. Sin embargo, los resultados fueron totalmente distintos, porque nosotros tenemos por mortalidad y por el número de casos totalmente diferentes.

Entonces, ¿qué hicimos tan distinto para terminar con esta mortalidad y con esta gran cantidad de casos? ¿Ustedes pueden identificar cuándo se arrancó esto, cuándo se produce este gran quiebre? Porque si se miran las curvas, se pueden asociar a algunas decisiones de la autoridad en ese momento, pero, a lo mejor, usted pudiera referirse a cuándo se produjo este quiebre.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Tiene la palabra la diputada Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela.- Señor Presidente, quiero saludar a la doctora Ximena Aguilera y a la doctora Catterina Ferreccio. Es un gusto verlas después de tanto tiempo, al igual que a la doctora Danuta Rajs.

Desde mi percepción, y con todos los años de experiencia

que uno tiene en el sistema de salud, esto debió enfrentarse como se enfrenta cualquier catástrofe y emergencia, y en ese contexto las decisiones y las estrategias que se toman en los primeros días, marcan, absolutamente, lo que va a pasar después. Por lo tanto, la decisión -lo dijo claramente la doctora Ferreccio-, en términos de privilegiar la estrategia de inmunidad de rebaño, esperar a que las personas se contagiaran y fueran adquiriendo inmunidad, y que solo los graves tuvieran necesidad de atención, reforzar la atención secundaria y terciaria, y el descuidar absolutamente la atención primaria también tiene que ver con la historia de vida del entonces ministro, una autoridad formada, desde el punto de vista clínico, sin trabajo en atención primaria. Recordemos que también fue el ministro del primer gobierno del Presidente Piñera; época -diría- triste para todas las seremías de salud en el país, porque desde el punto de vista epidemiológico se desmantelaron; o sea, los epidemiólogos y la gente con experiencia desapareció de las seremías de esa época, y fueron reemplazados por personas muy nuevas y sin experiencia. Fue la época en que más se politizó y, además, se bajaron los requisitos para ser seremi.

En ese contexto, uno las escucha y solamente se lamenta de que no hayan sido escuchadas; efectivamente, a uno le habría gustado equivocarse, pero no andábamos tan errados con nuestras aproximaciones.

A propósito del norte de Chile y de las regiones mineras, ¿cuál es la visión que ustedes tienen, respecto de lo que está pasando? Nosotros hemos reclamado mucho, porque nos hace sentido que la actividad minera, que es la que menos se ha tocado desde el punto de vista económico, y la gran cantidad de movilidad que hay en estas regiones, en alguna medida tiene que ver con lo que está pasando en el norte. ¿Ustedes piensan lo mismo y si no es así o cuáles son las razones por las que en nuestras regiones aumenta, lejos de disminuir?

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Voy a formular cinco preguntas a nuestras invitadas.

La primera, ¿cómo es el funcionamiento del comité asesor covid-19 al cual ustedes pertenecen? La segunda, ¿con quién y cómo se relacionan con el Ministerio de Salud? La tercera,

¿quiénes toman las decisiones en el Ministerio de Salud durante estos cinco meses en que les ha tocado ser interlocutor y llevar adelante sus posiciones? La cuarta, ¿cuáles son las advertencias que ustedes han hecho al supremo gobierno en los distintos momentos de estos meses? Finalmente, ¿con quiénes ustedes realizan la interlocución, respecto de ello, para efectos de aunar criterios y ser escuchados? Me gustaría que se precisara si, como comité asesor, se han sentido escuchado o no por parte del gobierno; hacer un balance de estos meses en las advertencias, minutas y comunicados que han efectuado persistentemente.

Eso tiene que ver con la relación con el gobierno y el Ministerio de Salud, y el rol que a ustedes les ha tocado, y si hay satisfacción o no en relación respecto de eso.

En relación con la trazabilidad, derechamente, ¿ustedes se sienten conforme con el modelo de trazabilidad y con la transparencia de datos, que es parcial -poca diría yo, porque solo se conocen de comunas en desconfinamiento-, al no tener un mapa comunal de trazabilidad conocido en el país? Incluso, el Colegio Médico ha ido a la Contraloría a que se investigue y se aclare cuál es la verdadera trazabilidad que se está haciendo en Chile por comunas.

En ese sentido, como expertas, ¿están conformes con la trazabilidad que se ha hecho y se hace en este minuto, para darle soporte a los datos que la vocería de gobierno ha entregado de 80, 90 o más por ciento? ¿Cómo se demuestra eso? ¿Ustedes tienen corroboración de esos niveles de trazabilidad mencionados?

Respecto del desconfinamiento, ¿cuál es la posición que ustedes tienen de los actuales criterios de desconfinamiento? Entiendo que ya han entregado la minuta con puntos de vista, pero en particular por el hecho de que se inició meses atrás, en Santiago, la llamada "cuarentena dinámica", con los resultados que ya todos conocemos: cuarentena total del gran Santiago.

Hoy tenemos en la Región Metropolitana desconfinamientos dinámicos -por llamarlo de algún modo-, vale decir, por parcialidades en la Región Metropolitana y no tomando la provincia de Santiago como una entidad única, que permita

aplicarle grados o transiciones de desconfinamientos sucesivos.

Con los efectos que hay, me gustaría que ustedes se refirieran al R0 efectivo que ha ido dándose en esas comunas de Santiago, que entiendo ha subido desde que se inició la semana de desconfinamiento. Por lo tanto, respecto de lo que fue cuarentena dinámica y ahora es desconfinamiento dinámico, ¿cuál es la evaluación y opinión que ustedes tienen? ¿Se sienten tranquilas o no con esta modalidad? ¿En qué se diferencia este desconfinamiento con la nueva normalidad de abril, que terminó siendo un fracaso y que después pasó lo que todos sabemos?

Además, ¿qué opinan ustedes sobre esta compra de vacunas con un cierto laboratorio chino, a cambio de un ensayo clínico de 3.000 voluntarios, con un descuento del 25 por ciento, comprando 60 millones de dosis -20 millones por año- sin que hayan terminado aún sus procesos de validación las vacunas en el mundo? Chile ha comprado anticipadamente, una inversión pública ha colaborado en el financiamiento de este trato, que esperamos conversarlo mañana con la máxima autoridad de salud, pero me imagino que ustedes, como comité asesor, tienen un punto de vista de esta definición, en circunstancias de que antes siempre se dijo que Chile iba a esperar las mejores vacunas, concluidas sus etapas de validación, para poder adquirirlas.

Sabemos que Chile tiene las manos libres para comprar a otro laboratorio, pero sobre este convenio de operación comercial que se hizo con un laboratorio privado chino quiero saber cuál es el juicio que ustedes tienen de la oportunidad y de la viabilidad que tiene como una herramienta efectiva para nuestro país.

Por último, no puedo dejar pasar la oportunidad para hacer una pregunta local. Represento a la Región de O'Higgins, donde se ha iniciado hoy en tres comunas un desconfinamiento que ha sido dudoso y cuestionable desde algún punto de vista. La región se encuentra en el umbral de positividad de 10 por ciento; hace dos días tenía 17 por ciento.

Hay mucha inquietud en la zona que represento, porque se tomó ese camino no con cifras enteramente consolidadas, sino

con cifras que marcaban tendencias variables a la baja, pero con muchos saltos y dificultades en una región que no tiene seremi de Salud titular, porque renunció hace 10 días, ni subrogante, y tampoco director del Servicio de Salud titular.

Además, les adelanto que hay una explosión de público circulando en las calles de Rancagua y de las otras comunas por ser las primeras horas del desconfinamiento.

A la luz de eso, ¿fue correcto aplicar el desconfinamiento en esas tres comunas de la región de O'Higgins en esas condiciones?

Nuevamente, ligando la situación con el fenómeno de los criterios que se están usando para efectuar el desconfinamiento y que, según entiendo, no fueron en la primera oportunidad consultados y después acogidos parcialmente, me gustaría entender qué se ha acogido, por parte del gobierno, de los criterios que ustedes señalaron en su última minuta sobre esta materia.

Tiene la palabra la doctora Ximena Aguilera.

La señora **AGUILERA** (doña Ximena).- Señor Presidente, respecto de si los números actuales de aislamiento y trazabilidad van a ser suficientes, la verdad es que estamos muy preocupados de la trazabilidad, como mencionó Catterina Ferreccio. El testeo, la trazabilidad y el aislamiento son tres elementos muy importantes para tratar de contener los posibles rebrotes que probablemente van a ocurrir cuando la gente aumente su nivel de movilidad.

Por eso, hemos tenido distintas entrevistas, incluso con asesores de atención primaria, respecto de cómo se está registrando, y nosotros hicimos en nuestra minuta de indicadores ciertas observaciones de cómo se estaban calculando y lo que nos interesa realmente que se calcule y comunique.

Lo que interesa es que los casos se aislen lo antes posible, porque esa es la fuente de contagio, y que los contactos se identifiquen y realicen cuarentena. Eso interesa.

Necesitamos conocer cuántos de los casos se han aislado en la forma más oportuna, y en ese sentido hay una discusión. Para nosotros debe ser desde el momento de la sospecha, pero

para el ministerio desde el momento del diagnóstico, porque en esos casos transcurre un lapso de tiempo en el cual las personas no necesariamente están aisladas.

Por lo tanto, como mencionó Catterina Ferreccio en su intervención, la trazabilidad lamentablemente recién ahora se está fortaleciendo, y en la medida de que los números entran a través de la plataforma van a ser más robustos y vamos a quedar más tranquilos.

Personalmente, quedaría más tranquila sabiendo que en cada municipio hay una sala de situación, una sala de crisis donde se analiza la actividad diaria del territorio, porque lo que requiere esta pandemia es un comando territorial que tenga una visión integrada de lo que sucede en su territorio.

Al respecto, tenemos algunas observaciones, por ejemplo, no estamos de acuerdo con el hecho de que el municipio no tenga acceso a los casos de las isapres. Pensamos que el municipio debe ser un comando que vea la integralidad de la situación de su territorio, de manera de que todos los días tengan una sala de crisis y rápidamente puedan designar y establecer acciones rápidas para controlar los eventuales brotes, lo que implica un nivel de comando y no solo de incorporar información a nivel local. No es como un micrófono, debe ser como un pequeño cerebro, porque no basta con que solo informe al nivel superior, sino que debe haber un nivel de comando a nivel del municipio para que se indiquen las acciones y sean oportunas.

Si se espera que las acciones se tomen al nivel de la seremi o al nivel central siempre van a ser tardías, porque es muy distinta la situación a lo largo de todo el país. Por ejemplo, la situación de Santiago, donde están todas las entidades en los mismos territorios, comparada con la de Antofagasta o lo que ocurre en Iquique, o la situación de Calama, muy distante de Antofagasta. Por lo tanto, se necesita tener un comando en cada uno de esos lugares.

Respecto de la seremi, concuerdo con lo dicho por el diputado Ricardo Celis. Fue una mala idea que quedara a nivel político. Como país tenemos una autoridad sanitaria ganadera profesionalizada y una autoridad sanitaria humana no profesionalizada.

Eso es algo que nos debe golpear y debemos volver a un servicio nacional que se haga cargo de la autoridad sanitaria y no depender de las autoridades políticas de turno, en el sentido de que se ablanden los requisitos o se endurezcan, o que la gente entre o salga porque se lleva bien o mal porque son de la línea política de las autoridades.

Somos un país que nos damos el lujo de enfrentar la mayor emergencia sanitaria de los últimos años con equipos que no tenían experiencia en los cargos directivos. Eso no debe volver a ocurrir. O sea, no nos podemos dar ese lujo, porque significa que se aprende en la emergencia, pero eso después se va a perder y en la próxima emergencia va a haber otro equipo de gente nueva que va a empezar a aprender en las situaciones de emergencias.

¿Por qué la autoridad desoyó lo de la atención primaria? Bueno, eso habría que preguntárselo a la misma autoridad.

Lo que puedo interpretar es algo parecido a lo que dijo la doctora Marcela Hernando en relación con los sesgos de formación que tienen las distintas personas. Por ejemplo, si nunca trabajó en salud pública y siempre lo hizo a nivel de hospitales o clínicas, por más que sea un directivo no conoce la atención primaria, o quizás al conocer la debilidad de la autoridad sanitaria se pensó que no iba a ser capaz de tener que montar una respuesta adecuada. Eso habría que preguntárselo a la misma autoridad.

Respecto de la actividad minera, creo que ha contribuido a los brotes tanto en la Región de O'Higgins como en la de Antofagasta, donde están las grandes minas. Eso también es parte del abandono de la preparación pandémica en las instituciones. O sea, una institución grande debe tener un plan de continuidad de negocios para catástrofes y también para pandemias. Eso es parte de las cosas que estructuralmente estaban debilitadas.

Probablemente, la movilidad tuvo mucho que ver. Sabemos que hay gente que se mueve de la zona central al norte para trabajar; sin embargo, no hemos visto un informe epidemiológico que explique la vinculación, lo que uno necesita para tener un juicio categórico, que las seremis de las Regiones de O'Higgins y de Antofagasta informen la forma

en que se está transmitiendo la enfermedad en esas localidades.

Es decir, que informe cuáles son los conglomerados y qué puntos tienen en común, para tener una imagen más allá de la opinión que yo pueda tener. Ahora, me parece que la movilidad de las mineras tiene un rol en esto, pero mi opinión no está basada en un documento de investigación de las características del brote de cada una de esas regiones, algo que se necesita, además del informe de las mismas empresas, pero creo que el de las empresas por cierto que será sesgado.

Por lo tanto, esperaría un informe de la autoridad sanitaria de cada una de esas regiones que diga cuáles son las características y las vinculaciones que tienen los casos con la actividad minera.

Sobre el funcionamiento del comité, hemos funcionado bastante automotivados desde un principio. Ha costado, no ha sido el funcionamiento habitual de todos los comités asesores, en los cuales tengo casi un posgrado, tanto en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel global, en el Ministerio de Salud de Chile para el virus del Ébola, la enfermedad del Dengue, para todo lo que se les ocurra, una cantidad de comisiones en las que he participado supuestamente de esta misma naturaleza, pero este comité ha sido muy distinto.

En primer lugar, el ministerio no siguió funcionando con su comité de emergencia. Lo habitual es que tenga un comité de emergencia al cual se invita a participar a expertos externos. Nosotros partimos como un consejo asesor independiente y no tenemos evidencia de que haya seguido funcionando el comité de emergencia, que reúne a todos los directivos del ministerio, para planificar la respuesta diaria.

Me parece que el comité de emergencia se trasladó a la presidencia, lo que está bien, porque es una crisis de alto nivel, el Presidente está involucrado y toma decisiones, pero también en salud debería existir un comité de emergencia de las actividades sectoriales, y me parece que no ha existido. Por lo menos cuando hemos preguntado no nos ha quedado claro que haya estado funcionando así.

Para terminar con la idea de cómo funcionamos, supuestamente, de acuerdo con el decreto, una vez a la semana, pero la verdad es que nunca hemos funcionado una vez a la semana. Al principio nos reuníamos prácticamente todos los días, incluidas comunicaciones por *Wasap* y correo electrónico, y reuniones por *Zoom*, que ahora son regulares dos veces por semana. Hubo momentos en que todos los días estábamos en comunicación, escribiendo las minutas, haciéndolo nosotros mismos, sin ningún apoyo de secretariado, lo que después se normalizó cuando salió el ministro Jaime Mañalich, a pesar de que con él acordamos tener, por lo menos, una coordinación con el ministerio para que nos facilitara la citación de las reuniones y la revisión, a veces, de algunos documentos; sin embargo, finalmente nosotros seguimos revisándolos.

Entonces, en algunos momentos se ha estado en respuesta a solicitudes específicas del ministro o de la subsecretaria, y se han hecho minutas de respuesta a sus inquietudes. En otras oportunidades, nosotros mismos nos hemos inquietado por la situación y hemos tratado de hacer ver nuestra preocupación a través de cartas, algunas privadas, a las autoridades, y también de comunicados públicos, advirtiéndoles respecto de lo que nosotros pensábamos de cuál era la situación y los posibles cursos de acción.

Sobre el tema de la trazabilidad y de la transparencia, y los porcentajes, es algo que está mejorando con los días. En esa línea, nosotros estamos muy interesados en revisar exactamente eso. Precisamente hoy tenemos una reunión para acordar los criterios e indicadores de desconfinamiento que nosotros propusimos con el ministerio. El ministerio nos hizo una contrapropuesta, y hoy en la tarde vamos a conversar sobre eso.

Respecto de si nos hacen caso, la verdad es que como comité hemos sido invitados a reuniones con el Presidente de la República en varias oportunidades. Esta es una situación también especial. Personalmente, no recuerdo otros comités en que el Presidente de la República haya invitado a los miembros y les haya pedido directamente su asesoría.

A mí me consta, y nos consta, que el Presidente de la República ha leído los documentos y nos ha dicho directamente que ha tomado nuestra opinión en cuenta; lo ha dicho en todas las oportunidades en que nos hemos juntado con él; nos ha hecho ver su punto de vista y nosotros le hemos hecho ver el nuestro. Para nosotros, es claro que las decisiones se toman a nivel de gobierno central, y no sé si hay un quién o una entidad colegiada, un grupo de personas, pero sí, muchas de las cosas que nosotros hemos dicho, han sido escuchadas, aunque no todas. En un principio, algunas no fueron escuchadas o fueron consideradas tardíamente, como lo fue el traspaso de las atribuciones hacia la atención primaria, por ejemplo.

Ahora, ¿qué cosas han considerado? Por ejemplo, nosotros propusimos que el plan de desconfinamiento fuera por etapas; propusimos que se discutiera ampliamente, que hubiera una comunicación con las fuerzas sociales, de manera de que se definieran etapas y se fueran poblando de actividades, dependiendo de las características de cada una de las regiones, o que hubiera una plan comunicacional muy fuerte. Parte de esas acciones se consideraron; es más, se plantearon dos etapas más de las que nosotros habíamos propuesto. Después, en una reunión posterior rebajaron una de las etapas. Por tanto, en esas actividades sí ha habido un diálogo. Sin embargo, es evidente que en un consejo asesor no siempre van a tomar todas las opiniones de uno, porque ellos también están viendo otros aspectos.

Por tanto, en algunos temas sí hemos sido escuchados y en otros no. No podría decir que no hemos sido escuchados para nada, pero algunas cosas bien elementales de la primera parte de la respuesta a la pandemia, que fueron más directamente con el ministro, sí fueron muy difíciles de asumir, como lo fue todo el tema del trabajo de [...] Ahí mencioné lo referido a los criterios de confinamiento.

En tema de los números básicos de reproducción a nivel comunal, la verdad es que son difíciles de calcular, así que esos números comunales asumen muchos supuestos, por lo que es más estable el número regional y es más estable mirar los casos nuevos que están ocurriendo en cada una de las comunas.

Como un elemento para hacerse un juicio, como consejo, nosotros recomendamos que se tomara la provincia de Santiago, y [...] con esa opinión.

Sobre la vacuna, la verdad es que nosotros no hemos tenido una discusión sobre el tema de las estrategias de la vacuna. Como se conformó un consejo separado del tema de vacunas, no he participado de ninguna reunión respecto de esto. Sí me parece, personalmente, que Chile debe mantener abiertas sus opciones de adquirir la primera vacuna que esté disponible, más allá de que invierta en una de ellas, de manera de tener una opción ventajosa en alguna, porque esta es una situación bien compleja. En definitiva, no tengo una opinión sobre cómo fue el proceso, porque no hemos participado en ello, ni en el análisis ni nada, por lo que me remito a lo que digo, en el sentido de que se deben mantener las opciones abiertas, si es que no resulta esta vacuna, y hay otra que avanza más rápido, se debería poder tener acceso a esa vacuna. Pero es probable, estratégicamente, que consideraron que igual era mejor tener algún nivel de inversión en una de ellas.

Creo que respondí casi todas las preguntas.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente) [vía telemática].- Tiene la palabra la doctora Catterina Ferreccio.

La señora **FERRECCIO** (doña Catterina) [vía telemática].- Señor Presidente, creo que Ximena Aguilera fue bastante exhaustiva en todos los puntos.

Llevamos ya varios meses trabajando juntas, discutiendo todos estos asuntos. Por ejemplo, respecto de la pregunta de cuándo se produce el brote, este se produce, y esto también nosotros lo habíamos dicho, cuando la infección se transmite desde el sector oriente, donde eran prácticamente casos importados y su entorno, y comienzan los trabajadores a movilizarse y se expande a un sector que nosotros habíamos dicho que iba a incendiarse, porque sabíamos cómo vivía la gente de nuestro país, en una fragilidad muy impresionante, con los metros cuadrados totalmente insuficientes para hacer el menor distanciamiento, y porque todavía no habíamos desarrollado la comunicación para que la gente comprendiera. Es más, la gente todavía no cree mucho en las residencias

sanitarias; que te sacan de una comuna y te llevan a otro lado, tampoco va a funcionar, porque tiene que estar el equipo de salud local que lleve a la gente.

Por ejemplo, una persona que invitamos a nuestro consejo, de una comuna de Santiago nos planteó que ellos abrieron, dentro de los centros de salud, hospitalización para los casos que no podían guardar aislamiento. Ese tipo de solución sí hace que la gente vaya, porque está cerca de su casa y porque lo entiende y conoce.

Ahora, el brote se produjo por esta tremenda movilidad que hay en Santiago, en que la gente trabaja en una zona y vive en otra y, por lo tanto, era predecible lo que iba a ocurrir.

En relación con lo que nos preocupaba respecto de la sectorización o a las cuarentenas dinámicas, y ahora el desconfinamiento dinámico, sabíamos que era imposible que si levantábamos una zona, la gente iba a venir a trabajar a esa zona. Por lo tanto, tenemos harta incertidumbre respecto de cómo va a seguir esta cosa.

Una cosa que creo que fue buena, y que nos va a ayudar en la trazabilidad, es que tenemos una alta disponibilidad de exámenes de PCR en el país. Esto debería ser una herramienta fundamental para ayudarnos, y ha habido harto avance en tratar de buscar muestras saliva para poder dar herramientas a la atención primaria. Por ejemplo, una herramienta para la atención primaria es que no tenga que usar necesariamente tórula nasofaríngea, que se obliga a que lo haga un profesional, con todo un cuidado para no contaminarse. En ese sentido, la autotoma de saliva es el camino y, aunque se perdiera un poco de sensibilidad, todos los modelos han demostrado que lo que ganas en vías de tener el diagnóstico y en la cobertura de poder hacer más y más diagnóstico, sobrepasa con creces la presunta pérdida de sensibilidad que pudiera haber con la muestra de saliva.

Entonces, vamos a tener herramientas y espero -tengo fe- que no volvamos a la tremenda epidemia que recién pasamos. Lo fundamental son las personas y lo que nosotros hagamos va a impedir al virus pasar de uno a otro, y eso depende de nosotros.

Pienso que la población ha tenido un tremendo aprendizaje

con eso y, por lo tanto, no va a ocurrir lo mismo que pasó antes; primero, por la gente y, segundo, porque tenemos una amplia cantidad de exámenes; tercero, porque están saliendo nuevos exámenes, más baratos, incluso producidos en el país. Asimismo, vamos a poder examinar, en el nivel de atención primaria, resultados inmediatos, hacer aislamientos y más poder a la atención primaria; abrir residencias o permitir que en los Centros de Salud Primarios se hospitalicen los casos infecciosos; además, seríamos capaces de controlar los brotes venideros y transitar, en los dos o tres años que nos quedan, sin tener que realizar tremendas cuarentenas. Pero eso no significa soltar el apoyo de la atención primaria, al contrario, darle las herramientas necesarias para testear a fin de tener inmediatamente el resultado, incluso que lo pueda hacer una persona no profesional de la Salud, cerca de la casa, en una junta de vecinos, etcétera. Eso existe y la tarea es implementarlo.

Respecto de las críticas, hemos recibido algunas por la lentitud del Instituto de Salud Pública para ir en apoyo de los exámenes, en facilitar la innovación, en validar los exámenes que llegan a Chile. Más bien se ha limitado a revisar los papeles pero no ha hecho una revalidación real que mida lo que dicen que puede medir. En el fondo, no nos ha ayudado a tener las herramientas que necesitamos hoy, pues seguimos estando como desde hace seis meses, es decir, sin tener buenas herramientas para la atención primaria, pudiendo estar un poco mejor.

Es todo cuanto quería agregar, señor Presidente.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- En nombre de la comisión, agradezco la participación y dedicación de todos ustedes. Los dejo liberados para que puedan continuar en las labores propias de sus quehaceres.

Antes de continuar con los siguientes invitados, les recuerdo que el próximo jueves vamos a recibir al doctor Alvaro Erazo, miembro del comité asesor; a la presidenta del Colegio Médico, doctora Izkia Siches; y al Presidente de la Sociedad de Infectología, doctor Luis Delpiano. De esa forma, vamos a poder avanzar más rápido respecto de las opiniones de los expertos.

A continuación, se va a incorporar a la sesión la intendenta de la Región de Coquimbo, señora Lucía Pinto.

Estamos muy interesados en conocer más antecedentes de la región, en particular, cómo está evolucionando y se está manejando el tema de la pandemia en la Región de Coquimbo.

Tiene la palabra la intendenta de la Región de Coquimbo, doña Lucía Pinto.

La señora **PINTO**, doña Lucía (intendenta de la Región de Coquimbo).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero saludar a los parlamentarios que nos acompañan, en especial a los representantes de nuestra Región de Coquimbo.

Hemos preparado esta presentación que consta de tres partes. La primera corresponde a la Intendencia, es decir, al gobierno regional; la segunda, al seremi de Salud, y la tercera, al director del Servicio de Salud.

Esta primera parte se ha hecho pensando en los grandes hitos, de manera de poder contarles, más o menos de manera cronológica, cómo hemos ido realizando el trabajo en la región.

En cuanto a los hitos regionales de la pandemia del covid-19, como gobierno regional, iniciamos las primeras reuniones preparatorias de esta pandemia -por decirlo de alguna manera- en febrero de este año. En ese mes, antes de que se detectara el primer caso de covid-19 en Chile, el gobierno regional comenzó a realizar distintas reuniones preparatorias y de contexto de la pandemia con el gabinete regional y los funcionarios públicos comenzar a entender qué era el covid-19 y cómo se había desarrollado en el mundo; visualizar cuáles eran las primeras medidas sanitarias que íbamos a llevar a cabo y cuáles eran las implicancias sanitarias y sociales que este virus nos traía.

Somos el primer hito, pues con el primer Core que se desarrolló en la región, el 16 de marzo de este año, comenzamos a ver cómo se iban a implementar las primeras medidas anunciadas por parte del Presidente Sebastián Piñera. Nosotros, a la fecha, no contábamos con contagios en la región, de manera que nuestro trabajo se enfocó en reforzar los protocolos de seguridad en el comercio, en los servicios públicos, en el transporte y, principalmente, en el proceso

de evaluación anticipada que comenzó durante esos días.

El 18 de marzo se confirma en la región el primer contagio. Las afectadas fueron dos funcionarias públicas que tenían antecedentes de haber viajado al extranjero. Cuando se presentaron a trabajar tuvieron contacto con sus compañeras, de manera que, inmediatamente apenas comenzó la alarma, comenzaron los protocolos en la seremía de Salud para realizar los test y comenzar con nuestra trazabilidad.

El 19 de marzo, cuando fue declarado el estado de catástrofe, llegó a la región el general Pablo Onetto para cumplir con los protocolos establecidos. En esa fecha, aún no contábamos con casos de contagios, pero con 60 sospechosos; 2 de los cuales fueron confirmados; 28 estaban en observación y en espera de los PCR, y 30 que habían sido totalmente descartados.

El 20 de marzo se empezó a implementar la primera aduana sanitaria en el peaje de Pichidanguí, comuna de Los Vilos, en un trabajo colaborativo con el Ejército, Carabineros y el personal de salud.

Este era el primer control hacia el norte de nuestro país, y hasta el día de hoy tenemos 899.347 personas que han sido controladas en este acceso sur de nuestra región hacia el norte.

El 22 de marzo, se implementa el toque de queda, pero también, por la evolución que había tenido la pandemia, se anuncian nuevas medidas por parte del nuevo gobierno central que principalmente van dirigidas a extremar la prevención al interior de los equipos de trabajo de todo el gobierno. Simplemente, en ese momento se evalúa el teletrabajo, y se ven cuáles son los grupos vulnerables de funcionarios públicos, de manera de implementar la medida que corresponde -turnos, por ejemplo-, distanciamiento social, la preparación de las distintas oficinas en los servicios, para evitar los contagios.

El 24 de marzo, se implementan y ya se abren las primeras cuatro residencias sanitarias para atender a personas con covid o sospechosas de covid. Estas se abrieron en La Serena, en Ovalle, en Salamanca. Hoy día, contamos con doce residencias sanitarias en la región con 615 camas, para poder

atender a aquellas personas que no puedan estar en sus hogares.

El 26 de marzo, se conformó la mesa de coordinación regional, una mesa social, compuesta por alcaldes, el presidente del Capítulo IV, el presidente de los municipios rurales, el alcalde en representación de la Amuch, el Colegio Médico, expertos y académicos, la que estuvo centrada, en una primera instancia, en medidas de prevención y tratamientos de casos. Obviamente, afinamos todo lo que iba a ser el trabajo con las quince comunas de nuestra región.

El 4 de abril, la región ya se preparaba con los primeros laboratorios biomoleculares, que hasta ese momento no teníamos en la región. Comenzamos esta tarea con dos; el hospital de contingencia de Ovalle, por nuestra parte, y también se comenzó a implementar el laboratorio de la Universidad Católica del Norte. Nuestra intención, hasta ese momento, era poder procesar alrededor de 250 muestras diariamente y, además, comenzar con mayor cantidad de muestras a través de la atención primaria, de los SAR y de los SAPU

El 6 de abril, antes de Semana Santa, implementamos este Plan Semana Santa. A contar del miércoles 8 de abril, reforzamos el despliegue de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, se coordinó con la fiscalía para ver cómo se iba a tratar el tema de las multas y sanciones para aquellos que no cumplieran con este plan, y minimizar el desplazamiento innecesario de personas, tanto de quienes llegaban de fuera de la región, que siempre en fines de semana largos llegan en gran número a nuestra región, como también el movimiento interno de la región.

Además, se fiscalizaron segundas viviendas. Llevamos más de 500 segundas viviendas fiscalizadas en estos fines de semana. Entre ellas, las rutas internas de la región hacia los valles de El Elquí, Limarí, Choapa, y también la fiscalización de los bordes costeros, en donde se solicitaba a las personas su cédula de identidad y que señalaran cuál era la justificación para las salidas. Tuvimos éxito en ese Plan de Semana Santa y disminuyó en gran medida el número de personas.

El 7 de abril, el gobierno regional anunció la entrega de

cerca de dos mil millones de pesos para enfrentar la pandemia. Estos eran recursos del gobierno regional que, en sesión ordinaria, el consejo regional aprobó de manera unánime los recursos, para, por ejemplo, el hospital modular que está ayudando a la región, principalmente, de Illapel; también, para la compra de ventiladores mecánicos, y equipos de PCR que tenemos que seguir trayendo a la región y poder aumentar los resultados.

El 13 de abril, comienza y se da a conocer el Plan Illapel. Hasta ese minuto, Illapel fue el primer foco que tuvimos de mayor contagio y se debió establecer este mecanismo de controles diversos en los puntos de entrada hacia esa comuna, los ingresos a la comuna, y una fiscalización mayor al interior de la ciudad. Esto se hizo en coordinación y se planificó junto con el alcalde de la comuna, Denis Cortés. Tuvimos éxito ya que, a partir de las siguientes semanas, el número de contagios comenzó a bajar notablemente.

El 15 de abril, el antiguo hospital de Ovalle se abre como hospital de contingencia para los pacientes covid. Un lugar exclusivo que contaba hasta ese momento con 17 camas, 8 de cuidados intensivos, 7 de tratamiento intensivo. Y hoy podemos decir que contamos con 44 camas intensivas UCI y también UTI. Este hospital hizo que tuviéramos que agilizar el traslado desde este antiguo hospital al nuevo de Ovalle, y coincidió con la marcha blanca del primer laboratorio biomolecular, instalado en el hospital de contingencia.

El 22 de abril, se destinaron nuevamente fondos concursables del gobierno regional para la emergencia. El consejo regional aprobó el traspaso de los recursos correspondientes a los fondos concursables de este año, para poder llegar con iniciativas hacia la comunidad por coronavirus. Esta decisión y aprobación por parte del consejo pudo beneficiar a 42.675 personas.

El 4 de mayo, comenzamos el plan de pesquisa activa en la región. A través de los equipos de salud, se comenzó esta pesquisa de contagios, principalmente y centrada en las personas asintomáticas. Eran 200 muestras diarias exclusivas para esta pesquisa y nos centramos en el Eleam, en hogares de adultos mayores, en hogares del Sename y en lugares de gran

afluencia de público como son los supermercados. Esto nos ayudó a aumentar el testeo en la región y, obviamente, poder pesquisar los casos que se podían presentar en aquellos lugares.

El 4 de mayo, comienza a funcionar nuestra segunda aduana sanitaria, ubicada en la comuna de La Higuera, de manera de poder controlar los ingresos que vienen desde el norte. La razón que nos lleva a ello fue el gran aumento que había en las primera y segunda regiones de casos covid-19. Por tanto, consideramos importante implementar esta medida. Hasta ahora han sido 309.455 las personas controladas en esa aduana.

El 7 de mayo, para fortalecer el sistema de atención primaria, se entregan por parte del Servicio de Salud 2.763 millones de pesos para los Cefam, la atención domiciliaria, la hospitalización domiciliaria y poder contratar a mayor cantidad de funcionarios, y el aumento de las zonas de atención.

El 8 de mayo, el gobierno entrega más de 7.300 millones de pesos a los municipios para apoyar las distintas medidas sanitarias, adicionales al fondo común municipal. También, el 8 de mayo comienza la entrega de las primeras cajas de alimentos compradas con fondos del gobierno regional, y entregadas en trabajo colaborativo de los municipios. En la presentación aparece la imagen en el día que se dio inicio, simultáneamente, en las quince comunas.

El 20 de mayo, se transfieren 3.600 millones de pesos, siendo el primer fondo solidario, a los municipios para responder al impacto que han tenido en sus ingresos por las medidas de contingencia, como también la postergación de los pagos de los permisos de circulación.

El 20 de mayo, debido al gran aumento que tuvimos, en ese momento, de contagios activos en la provincia de Limarí, principalmente en la comuna de Ovalle, comenzamos a implementar el Plan Ovalle. Se endurecieron las fiscalizaciones sanitarias, medida que encabezó la seremi de Salud. Eso fue apoyado por el Ejército, Carabineros y por la PDI. Se intervinieron de manera exitosa los núcleos urbanos para disminuir la tasa de contagios, producto de la alta circulación de personas. Tuvimos éxito, y gracias a esa

medida pudimos evitar la cuarentena en la comuna de Ovalle.

Posteriormente, el 21 de julio el gobierno transfirió más de 4.300 millones a los municipios de la región. Esos fondos, al igual que los de la primera transferencia, fueron de libre disposición para los alcaldes, para implementar medidas respecto de la covid. Estábamos en la comuna de Illapel, con su alcalde Denis Cortés.

El 21 de junio -hemos tenido trabajo y donaciones; también un trabajo cooperativo con los privados- pudimos inaugurar un laboratorio biomolecular en el Hospital de Illapel, y por primera vez en la historia de la salud de Región de Coquimbo se implementaron cuatro ventiladores mecánicos en dicho hospital. Eso nos fortaleció tremendamente en la pesquisa activa de los contagios, ya que con ese laboratorio podíamos aumentar significativamente la pesquisa y las muestras. Estábamos bordeando los 700 PCR diarios.

El 23 de julio comenzamos con la segunda entrega de alimentos para Chile, con 95 mil cajas para repartir en las 15 comunas de nuestra región.

El 28 de julio, debido a los altos contagios que se presentaron en la comuna de Coquimbo, y en menor número en las comunas de La Serena, se debió decretar cuarentena.

Si bien implementamos un plan de reforzamiento, tal como lo hicimos en Illapel y en Ovalle, no tuvimos buenos resultados. Hubo gran flujo de personas en los centros y en los servicios públicos, de manera tal que la medida decretada comenzaría a regir desde el 29 de julio, a las 22 horas.

Debido a la trazabilidad, el 29 de julio inauguramos un *call center* dedicado exclusivamente a la trazabilidad, al reforzamiento de los equipos y al seguimiento de trazabilidad en la región.

Gracias a la ayuda de la Universidad Pedro de Valdivia, que nos prestó sus instalaciones, pudimos contratar a un grupo de 66 profesionales, quienes durante los siete días de la semana hacen la trazabilidad y el seguimiento de cada uno de los casos. Hoy superamos 94 por ciento de trazabilidad.

En la presentación pueden ver una imagen de la fiscalización que se ha hecho de las medidas de cuarentena. Hay 500 funcionarios del Ejército, de Carabineros, de PDI y de

la Armada trabajando. Tenemos cinco controles externos que están rodeando las comunas de La Serena y Coquimbo. Tenemos 24 puntos internos dentro de las comunas de la conurbación.

El 4 de agosto comenzó la instalación del hospital modular de La Serena, en el estadio La Portada.

Nuestra región tiene un déficit tremendo de camas. Hay 1,2 camas por cada 1.000 habitantes, de manera que este hospital llega a reforzar ese ítem para atender de manera digna a las personas.

Contamos con doce residencias sanitarias en las comunas de Ovalle, Coquimbo, La Serena, Monte Patria e Illapel, con 325 habitaciones, y un 72,6 por ciento de ocupación. Además, contamos 7 laboratorios de biología molecular, con un total de 35.626 PCR.

Tenemos un control de aduana sanitaria terrestre que ha fiscalizado a 1.208.302 personas. Tenemos aduana sanitaria en el aeródromo La Florida, de La Serena, con 49.728 pasajeros controlados a la fecha. También tenemos controles de aduana sanitaria marítima, con 93 embarcaciones y 707 tripulantes. Tenemos 67.871 personas controladas durante el toque de queda.

Se han realizado 18.855 fiscalizaciones de cuarentena domiciliaria por parte del PDI, controles de segunda vivienda por parte de La Armada. Tenemos en cuarenta a 347.647 personas. Lamentablemente, se han detenido 578 personas.

Desde que comenzó la cuarentena se solicitan en promedio 50.000 permisos temporales individuales diariamente.

Señor Presidente, esa es la primera parte de la presentación.

Si usted lo autoriza, quisiera que el seremi de Salud expusiera respecto de su servicio.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Tiene la palabra el señor Alejandro García.

El señor **GARCÍA**, don Alejandro (secretario regional ministerial de Salud de la Región de Coquimbo).- Muy buenas tardes. Agradezco la oportunidad para presentar de todo lo que se ha realizado en nuestra Región de Coquimbo.

Tal como lo indicó nuestra intendenta Lucía Pinto, desde comienzos de este año, desde que comenzó la pandemia, hemos

realizado diferentes tipos de acciones y de coordinación con diferentes sectores. De hecho, fuimos la primera región, aparte de la Región Metropolitana, donde supimos de los primeros casos de expansión de la pandemia, donde se hizo la primera reunión con la Onemi en conjunto con la gobernación marítima, con la PDI, con Carabineros de Chile, con el Ejército, con la DGAC, el Servicio de Salud y con la Intendencia, para hacer una revisión de los protocolos y para crear otros.

Además, se hicieron los primeros simulacros a nivel de la red asistencial, para el caso de que existiera algún paciente positivo.

En esta misma etapa de preparación se realizaron diferentes reuniones específicas, tanto con funcionarios de salud, desde el punto de vista de la red de salud, tanto del servicio como de la seremi de salud, y además se trabajó con el intersector con énfasis en los funcionarios, para revisar los distintos protocolos y procedimientos a nivel interno, con la finalidad de manejar en forma adecuada el curso de la pandemia.

Como sabíamos que los casos eran importados, es decir, producto de la llegada de personas a través de los aviones, se trabajó en el aeropuerto para revisar los primeros protocolos. Por lo tanto, fueron los primeros protocolos que se mantuvieron y que se realizaron en conjunto con la DGAC.

Con respecto a la misma etapa de preparación, nos acercamos directamente a la comunidad y trabajamos en educación sanitaria. Para eso viajamos a las tres provincias que componen nuestra región y se puso el foco principalmente en los adultos mayores. Se trabajó en forma separada con 500 personas, a las cuales se les indicaba de qué se trataba el virus, cómo se transmitía, cuál era su metodología de prevención y cuáles eran los mecanismos para controlarla. Por lo tanto, se trabajó directamente en educación sanitaria en conjunto con el servicio de salud en red.

Respecto de la etapa covid, porque la otra fue la etapa preparatoria del trabajo intersectorial y con la comunidad, desde que se confirmó el primer caso positivo se constituyó con la intendenta Lucía Pinto la mesa del comité de crisis, la cual se reúne hasta hoy en forma diaria. Posteriormente,

se da el comunicado de prensa, indicando cuáles son las cifras y cómo ha sido el curso de la pandemia en nuestra región, con algunos barnices a nivel nacional, pero principalmente a nivel local, y se refuerza el mensaje particularmente en medidas de prevención y de comunicación de riesgo en cuanto a covid-19.

Tal como indicó la intendenta, se crearon aduanas áreas, terrestres y marítimas, las que se han ido implementando en Pichidangui. Cabe recordar que esta fue la primera aduana que se creó a nivel nacional, la que, debido a su éxito, fue trasladada a diferentes partes del país. Así que orgullosamente presentamos esta aduana a nivel nacional. Posteriormente, se crearon las aduanas de La Higuera y seguimos trabajando con las aduanas de puerto y con las aéreas. Todo ello ha sido bastante exitoso.

En cuanto a números, ya fueron entregados por la intendente, por lo me voy a saltar esa información.

Respecto de refuerzos de fiscalización, como autoridad sanitaria hicimos fiscalizaciones a distintas partes de la región, principalmente en los centros comerciales. A través de la página del ministerio se entregaban los protocolos específicos para trabajar en modo covid, los cuales se trabajaron en conjunto. Se hizo la bajada a cada una de las empresas, a cada uno de estos centros comerciales, haciendo la revisión específica de estos protocolos, a la vez que se advertían algunos detalles o imprecisiones, protocolos que fueron pulidos en conjunto. Posteriormente, se hicieron las fiscalizaciones y si se detectaban incumplimientos a esos protocolos, se abría el sumario sanitario correspondiente.

En relación con el refuerzo del testeo -también lo indicó nuestra intendenta- se trabajó en conjunto con la comunidad para aumentar este testeo, que llamamos el 2.0, el que se implementó en todas las comunas de nuestra región para aumentar la pesquisa activa de covid-19 en diferente población de riesgo. Por ejemplo, partimos en el Sename, establecimientos de adultos mayores y en algunos supermercados y ferias, a fin de aumentar la cobertura y pesquisa activa de la enfermedad.

Respecto de la investigación epidemiológica y brotes de

origen laboral, como seremía de Salud tenemos una unidad de salud ocupacional perteneciente al departamento de Acción Sanitaria. Por lo tanto, se estableció un trabajo específico con cada uno de ellos y cada vez que existe un brote en el que aparece un número de dos o tres personas relacionadas con el ambiente laboral, rápidamente nuestra unidad de epidemiología toma contacto con nuestra unidad de Salud Ocupacional y el departamento de Acción Sanitaria para asistir y revisar cuáles son los protocolos a nivel laboral y ver tanto las condiciones epidemiológicas como las de covid-19. Y si es así, se inicia el sumario sanitario correspondiente; de lo contrario, las indicaciones específicas que tienen que realizar para mejorar este tema.

Por otro lado, se hizo un refuerzo al equipo de epidemiología. Más adelante voy a indicar la cantidad de personas que se contrató para esto, con lo que se quiso mejorar la trazabilidad de los casos de covid, entendiéndose que esta trazabilidad es prospectiva, o sea, se busca su origen, pero, además, se buscan todos los casos y contactos estrechos, tanto de alto riesgo como de bajo riesgo, para seguir haciendo el control específico de covid-19.

En La Serena tenemos una oficina central tal como las tenemos en todas las comunas de la región. En la sede central se hizo la priorización y cada una de las oficinas empezó a buscar, en forma activa, a las personas para ingresarlas a las residencias sanitarias.

Tal como lo indicó nuestra intendenta, se implementó el Plan Ovalle debido al aumento de casos, en forma bastante seguida y en un corto plazo, en un área geográfica bastante limitada, principalmente, en el centro de la comuna. Se estableció un protocolo específico para hacer el manejo epidemiológico y de seguridad, a través de PDI, Carabineros y la seremi de Salud, en conjunto con el servicio de Salud y Atención Primaria. En total, se realizaron más de 13.000 fiscalizaciones, lo que redundó, aproximadamente, en 40 sumarios sanitarios.

Actualmente, hay contratados, en total, 315 funcionarios de la salud, los cuales se han sumado a nuestro equipo de la seremía, para abordar las estrategias epidemiológicas, de

residencias sanitarias y aduanas. Estos funcionarios fueron capacitados en todos los protocolos específicos para cada una de las áreas que acabo de mencionar.

En relación con la etapa de testeo, plenamente la estrategia TTA, que fue entregada a través del ministerio, se trabajó arduamente en esto; se ha ido mejorando la parte epidemiológica y la cantidad de test a nivel regional - obviamente, para seguir la trazabilidad y elementos en cada una de ellas- y también, tal como lo ha señalado la intendenta, tenemos residencias sanitarias en las tres provincias de nuestra región.

En lo que se refiere al plan de pesquisa activa, se han hecho más de 4.600 muestras de PCR, dirigiéndose a población de riesgo, principalmente en las ferias, a pacientes postrados, a pacientes inmunodeprimidos y también a aquellas personas que necesitan diálisis, que son más de mil en nuestra región. Por lo tanto, se ha trabajado en conjunto ello, lo cual ha permitido que la trazabilidad -como lo ha indicado nuestra intendenta- haya alcanzado el 94 por ciento. Si bien es cierto, tuvimos una baja cuando se hizo el traspaso a APS, rápidamente tomamos las medidas necesarias y al cabo de una semana aumentamos a 81 por ciento; después, a 82 por ciento y ahora estamos en 94 por ciento de trazabilidad.

Como hemos indicado, en la etapa de cuarentena se han realizado más de 14.000 fiscalizaciones en la conurbación La Serena-Coquimbo, la cual se está monitorizando en forma diaria, desde el punto de vista epidemiológico, desde el punto de vista salubrista, de redes asistenciales y de seguridad. La intendenta ya indicó las cifras respectivas en este punto.

En relación con la difusión, que es un aspecto muy importante, que se ha hecho un paralelo y nunca se ha descuidado respecto de las medidas que se deben tomar, desde el punto de vista epidemiológico y de prevención, toda vez que sabemos que para una buena salud pública la prevención es esencial y, eso, la seremi de Salud lo sabe, que ese es su origen y alma de la institución. Por lo tanto, se ha trabajado en forma diaria, y hay contactos radiales, hay

entrevistas en los distintos medios de comunicación de toda la región, reforzando estas medidas de prevención y, sobre todo, el autocuidado en toda la población.

Podemos ver también que se ha trabajado con 36 cápsulas educativas, las cuales se han entregado en diferentes redes sociales, y el principal mensaje es el autocuidado, el lavado de manos, el uso de mascarilla, evitar el contacto estrecho, el distanciamiento social; consejos, sobre todo, en momentos en que estamos en cuarentena en nuestra región. También se ha reforzado el cómo llegar a tomar las residencias sanitarias y los cuidados que se deben tener dentro del hogar y en las empresas.

Finalmente, respecto de la situación epidemiológica, si se fijan en el gráfico que se encuentra en el extremo superior izquierdo de la diapositiva, podemos observar la tasa de incidencia. Ustedes pueden ver que aproximadamente las primeras cinco semanas se mantiene en forma constante y disminuía cuando partió la pandemia. Posteriormente, en la semana 18, hubo cuatro semanas en que hubo un aumento leve y, posteriormente, en la semana 21 hubo un aumento bastante importante, sobre todo, en la provincia de Limarí llevado por la comuna de Ovalle, por lo cual tomamos la medida, en este comité de crisis, de armar el plan de Ovalle, como bien explicó la señora intendenta Lucía Pinto, el cual tuvo un efecto muy positivo.

Lamentablemente, ese efecto positivo se dio en la semana 26. ¿Por qué digo lamentablemente? Porque empezaron a aumentar los casos en la provincia de Elqui, actualmente en cuarentena. Dicho sea de paso, el confinamiento está siendo efectivo en nuestra región, como se puede observar en el cuadro de color rojo.

Respecto al R_0 efectivo, al final del día 2 de agosto, el largo efectivo fue bajo 1. Eso significa que nos hemos mantenido durante nueve días con una tasa de contagio controlada a nivel de nuestra región. Insisto, llevamos nueve días bajo 1, en realidad, con un promedio de 0,8. Esto simboliza que una persona es incapaz por sí sola de infectar a otra. Es un indicador muy efectivo en nuestra región.

En cuanto al cumplimiento de la estrategia TTA, todas las

cifras están sobre el 90 por ciento de lo exigido, excepto una, que debiese estar en un 90 por ciento. Estamos trabajando en la búsqueda activa de los pacientes a fin de poder trasladarlos a las residencias sociosanitarias.

Acerca del índice de ocupación de nuestras residencias sanitarias, este alcanza, aproximadamente, el 82 por ciento de ocupación.

Finalmente, desde que se declaró la cuarentena, a nivel de la provincia de Elqui, hubo porcentajes de disminución en cada uno de los rubros. Por ejemplo, en tiendas y supermercados tenemos entre un 47 y un 88 por ciento máximo de disminución de la movilidad.

Eso es cuanto puedo informar.

El señor **CASTRO**, don Juan (Presidente accidental).- Tiene la palabra el director subrogante del Servicio de Salud de Coquimbo.

El señor **GONZÁLEZ** (director subrogante del Servicio de Salud de Coquimbo).- Señor Presidente, muy buenas tardes; saludo a los integrantes de la comisión.

Voy a tratar de ser breve, por el poco tiempo que resta.

¿Cómo se preparó la red asistencial para enfrentar esta pandemia, con las instrucciones ministeriales y la experiencia comparada de otros países?

En enero y febrero, se hizo la planificación.

En marzo, todas nuestras unidades de emergencia personal estaban preparadas para la implementación de la toma de muestras de PCR en emergencia hospitalaria. A su vez, se había decidido adelantar el inicio de las funciones del Hospital Provincial de Ovalle, que es de alta complejidad -uno de los tres que tiene la región-. Inicialmente, el plazo estaba diseñado para el mes de julio, se adelantó a marzo, debido a una estrategia ministerial que también agregaba el Hospital Dr. Gustavo Fricke, el Hospital Clínico Félix Bulnes y entiendo que otro más.

Cabe indicar que nuestra región, como lo dijo la intendenta Lucía Pinto, tiene nueve hospitales en tres provincias, con un índice ocupacional que es la mitad de lo que tiene el nivel nacional. Por lo tanto, agregar camas a la región, sin duda, tiene un impacto muy beneficioso.

De la misma forma, a fines de marzo e inicios de abril, teníamos implementada una estrategia muy exitosa, que me imagino tienen muchos hospitales en Chile, cual es extender la atención hospitalaria a hospitalización domiciliaria, donde concurren equipos médicos, enfermeras, kinesiólogos y técnicos paramédicos a los domicilios de las personas para ser atendidas, tanto en adultos como en la parte pediátrica.

Esta capacidad se triplicó a lo que se tenía antes. A modo de ejemplo, al día de hoy, existen más pacientes controlados con hospitalización domiciliaria covid-19 positivo -167 de ellos- y alrededor de 160 pacientes hospitalizados en camas hospitalarias. En consecuencia, ha sido una muy buena respuesta, muy bien aceptada y valorada por la comunidad.

Por otra parte, en marzo y abril, tuvimos que reaccionar rápidamente respecto de la continuidad de atención y tratamiento de los pacientes con cáncer. Estos son pacientes en un inmunodeprimido. Incluso, nuestras salas de espera, para quienes conocen nuestros hospitales, están hacinadas, con flujos de pacientes que se cruzan. Incluso, algunos hospitales son del año 1950; otros no tan antiguos, pero con un *layout* que no responde a la seguridad de que requerían estos pacientes. Por tanto, se implementó toda una estrategia en covid-19, para atender a los pacientes oncológicos, ya sea mediante telemedicina, atención telefónica o visita domiciliaria.

También se hizo la planificación para algunas patologías GES, independiente del decreto de excepción relativo a darle continuidad a la atención.

El 15 de abril, tal como lo dijo la intendenta Lucía Pinto, se abrió y entró en funcionamiento el hospital de contingencia, que fue el antiguo Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas de Ovalle. Fue determinante, si uno lo mira a la luz de los resultados, para recibir pacientes de la región. Fue denominado hospital covid-19.

La respuesta fue tan eficiente que también hemos recibido 24 pacientes ventilados de otras regiones en traslado aéreo. Nuestra región se ha hecho cargo de aportar a esta gran UCI nacional, como dice la autoridad nacional, por lo que cabe un reconocimiento a los equipos regionales en esta rápida

respuesta.

La pandemia nos obligó a priorizar las cirugías oncológicas, GES y de urgencia, y a postergar todo lo que era electivo. Ahí hay un tema del que debemos hacernos cargo con la invitación del Ministerio de Salud para retomar la lista de espera quirúrgica. Incluso, aún hay pacientes que demandan por esta atención; sin embargo, no se suspendieron cirugías oncológicas, GES ni las urgencias, por supuesto.

En abril empezamos a trabajar en lo que se ha expuesto como los laboratorios de biología molecular. En la Región de Coquimbo la oferta era cero, pues todo lo que hacíamos en biología molecular era derivado al Instituto de Salud Pública o al Centro Médico de la Católica. Entiendo que esa era toda la oferta nacional.

Posteriormente, se levantó un equipo que salió a terreno, con el objeto de ver las distintas universidades, facultades de Biología, alimentos, biología marina, centros de investigación y la industria, en general. Como resultado, al día de hoy tenemos siete laboratorios de biología molecular en una mezcla pública-privada, académica, y de centros de investigación muy interesantes, con equipos aportados por el sector privado; por ejemplo, las mineras, la Mutual de Seguridad, las compras del nivel central -Ministerio de Salud- y el aporte del gobierno regional en lo que respecta a los equipamientos centrales, que son el termociclador y el gabinete, principalmente. Esto es lo escaso en esta industria, que también entró en una guerra mundial, así como los ventiladores; sin embargo, se respondió a contar del mes de abril con alguna oferta.

También nos encontramos con que hubo una modificación nacional, producto de la covid-19, a la red nacional de hemato oncología, donde la Región de Coquimbo derivaba al Hospital del Salvador. Finalmente, esa oferta se concentró en Santiago y se atendía con la cantidad de hemato oncólogos y de personal calificado que tiene la región. Se implementó la idea de hemato oncología en El Hospital San Juan de Dios de La Serena, para hacernos cargo de todo lo que tenía que ver con tumores blandos, líquidos, en turnos de 24 horas, lo que fue un gran desafío. Es algo que llegó a quedarse para

siempre.

Por supuesto, vino la complejización de las camas de la UTC. Nuestra realidad era de 22 camas UCI para toda la Región de Coquimbo. Actualmente, tenemos 86 camas UCI, es decir, se ha cuadruplicado.

Al respecto, quiero subrayar que esto es más que un ventilador mecánico, por cuanto también tiene que ver también con personas capacitadas. Entonces, el esfuerzo de los hospitales en transferir conocimientos y capacitar a todos los equipos de médicos, de enfermería, kinesiólogos, fonoaudiólogos y técnicos paramédicos, para casi cuadruplicar la oferta de camas UCI, ha sido muy destacable, pues se pueden recibir con holgura pacientes de otras regiones. Eso ha sido muy destacado.

El señor **CASTRO** (Presidente accidental).- Disculpe la interrupción, señor González.

Como sé que existe interés en este tema y hay diputados de la zona presentes, creo que sería pertinente prorrogar por quince minutos la sesión. Yo no puedo seguir ejerciendo la presidencia porque debo viajar a Santiago, pero la diputada Hernando la podría asumir hasta el cierre de la sesión.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, yo podría ejercer la presidencia por quince minutos.

El señor **CASTRO** (Presidente accidental).- Muy bien.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Por mi parte, me despido.

Muchas gracias.

Puede continuar, señor González.

El señor **GONZÁLEZ** (director subrogante del Servicio de Salud de Coquimbo).- Señora Presidenta, frente a la necesidad de separar nuestra unidad de emergencia, en el ingreso de pacientes respiratorios y no respiratorios de covid, para prevenir el contagio en estos lugares de concurrencia masiva de personas, se instalaron carpas en las unidades de emergencia. Además, se hizo una reconversión de los espacios físicos al interior de los hospitales, para separar las urgencias respiratorias de las no respiratorias. Para enfrentar la pandemia, se hizo una inversión en los espacios

físicos que tenían otro destino.

De la misma forma, estos tres hospitales de alta complejidad de la región cuentan con un número muy bajo de camas, necesariamente se deben derivar pacientes a hospitales de baja complejidad, como comunitarios o extipo 4. En esos hospitales también se reconvirtieron las camas de pediatría que tenían muy poco uso, a camas de adultos, lo que ha sido bastante exitoso.

Entre mayo, junio y julio empezaron a llegar los ventiladores mecánicos y otros dispositivos ventilatorios, como cánulas de alto flujo, hasta llegar a 86 dispositivos. Todos ellos provinieron de distintas fuentes, como ministerial, aporte de privados, compras de los propios hospitales y donaciones de fundaciones, permitiéndonos contar con ese número de camas UCI. Esto, aparte de 25 cupos intensivos más, que podrían ser equipos para ventilar personas, por ejemplo, con ventiladores pediátricos o máquinas de anestesia que no hemos llegado a usar.

Por último, en el caso del hospital de Illapel también se agregó un PAME (Puesto de Atención Médica del Ejército), que son instalaciones muy adecuadas para poner camas. En este caso, son veinte las camas que se le agregaron al hospital de Illapel.

Además, muy al inicio de la pandemia se tomó la decisión de incorporar a toda la red pública la oferta privada que existe en la región. Es así como la clínica RedSalud Elqui, se incorporó a la estrategia covid de la Cuarta Región, con una dirección delegada de médicos de servicios de salud y una administración delegada a cargo del funcionamiento de los recursos de la clínica.

Algunos hitos son los equipos directivos regionales, los directores de hospitales, las gobernaciones, y que la superintendente haya recorrido las instalaciones muy al inicio, para determinar la forma adecuada en que había que enfrentar esta pandemia, realizando en total veintinueve visitas a todos los centros de salud de la región.

Los equipos de salud ya en febrero empezaron capacitaciones, tanto en atención primaria, como en atención secundaria, en aspectos clínicos, pero también de la correcta

utilización de los elementos de protección personal, separación de la sala de atención y manejo de pacientes críticos, cuyos aspectos eran impostergables de abordar.

Además, en los servicios de urgencia se realizaron aislamientos diferenciados entre pacientes respiratorios de los no respiratorios para evitar contagios.

Ya hablé sobre la puesta en marcha y lo que significó adelantar el funcionamiento del hospital Provincial de Ovalle, el cual comenzó a funcionar en marzo y con 220 camas adicionales. También sobre el hospital de contingencia, y lo que ha significado la recepción de pacientes ventilados de la región y de todo el país, y sobre el aumento de 22 a 86 camas críticas, que son las que están funcionando en la actualidad.

La lámina siguiente se refiere a la adquisición de los ventiladores: 36 equipos comprados por el Ministerio de Salud, más aportes de las mineras Pelambres y Teck Carmen, del *mall*, y de la Mutual de Seguridad, permitiendo aumentar a 86 dispositivos.

Un tema importante es el recurso humano. Si bien nuestros hospitales no están normalizados, con excepción del hospital Ovalle, hay un déficit de personas. A la luz de la experiencia de otros países que observaron alto ausentismo de personal, esto ponía en riesgo nuestra estrategia para enfrentar el covid. Nosotros realizamos una videoconferencia con médicos chinos, quienes dieron cuenta de que tuvieron un ausentismo del 20 por ciento de su dotación. Si extrapolábamos ese porcentaje a una región que cuenta con tan poco recurso humano, sin duda que atentaba contra la estrategia.

Para ello, se realizó un proceso de reclutamiento, entrenamiento y contratación. En marzo contábamos con 389 trabajadores, en abril con 1.014, y en julio con 1.657, que se suman a los 11.000 de la red pública de la región, tanto de hospitales, como de atención primaria de salud. Esto nos ha permitido responder en el aumento de la oferta, ya sea con camas, laboratorios, unidades de emergencia o personal de aseo, pero también para establecer sistemas de turnos fragmentados que aseguraran que nuestras personas no se iban a contagiar en el tránsito ni circulación diaria hacia los

hospitales. Hoy podemos decir con mucho orgullo observamos un ausentismo del 3 por ciento de nuestra dotación, porcentaje bastante razonable a la luz de los riesgos a los que están expuestos nuestros trabajadores.

En la lámina se especifica el número de personas contratadas, y que han estado dirigidas principalmente a la atención directa de pacientes, como profesionales en enfermería, kinesiólogos, médicos, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio. El recurso humano adicional ha sido contratado para distintas estrategias, como laboratorios, hospitalización domiciliaria y para todo lo que tiene que ver con la apertura de nuevas camas y la complejización de las mismas, dado que convertimos camas básicas a camas medias, y muchas camas medias a camas intensivas, que requiere un estándar de recurso humano muy distinto.

La estrategia fue contar con dotación, generar espacios de trabajos seguros y capacitar en prevención y atención de covid. También nos preocupamos de la salud mental de nuestros trabajadores mediante planes de intervención, para evitar el ausentismo, cansancio y agotamiento mental que ha significado enfrentar esta pandemia.

Ya hablé sobre la incorporación del sector privado a la red regional covid.

Me extendí en extenso sobre los laboratorios, pero quiero que vean esta lámina en que se señalan los siete laboratorios, con su respectiva producción, y cómo han crecido en el tiempo, pues de haber partido con 250 de producción, la oferta actual es de 700 y un poco más.

En la lámina siguiente pueden ver el aumento de los exámenes de PCR, la capacidad de testeo en la región y la distribución de los mismos en toda la región durante los últimos tres meses.

Respecto de la habilitación de la unidad crítica en el hospital de Illapel, para quienes conocen esta región, son tres provincias. Una de ellas, la provincia de Choapa, nunca contó con camas críticas. Los pacientes tenían que ser derivados en ambulancias, en viajes de tres o cuatro horas, desde Illapel o Salamanca o Los Vilos hacia Coquimbo y La Serena.

Ahora, por primera vez esta provincia cuenta con estos dispositivos, y con personal, y espero que esto no sea solo durante la pandemia covid-19, sino que permanezca para dar respuesta oportuna en un procedimiento tan grave como es ventilar a pacientes más cerca de su lugar de residencia.

Los elementos de protección del personal fueron determinantes. Solo el Ministerio de Salud nos ha hecho llegar 1.649.000 elementos de protección personal, y con aportes del presupuesto regional se ha comprado una cantidad similar. Esto ha sido determinante para dar tranquilidad a los trabajadores y los gremios, dado el resultado observado en el nivel de contagio de nuestros equipos.

Hay mucha gestión que se realizó con la coordinación de la Red Asistencial manteniendo el Ministerio reuniones permanentes con las redes asistenciales, los consejos de la Red Asistencial, los COE permanentes, 21 comités de emergencia dirigidos por el director del servicio, y la Dirección Regional con todos los establecimientos de la red. Eso ha permanecido.

Las reuniones con la comunidad, con los consejos consultivos, y también las reuniones permanentes con los distintos y múltiples gremios que tiene el sector.

Señora Presidenta, eso es respecto de la red asistencial. Lo tuve que resumir lo máximo posible.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta accidental).- Muchas gracias.

Han pedido hacer uso de la palabra los diputados Matías Walker y Sergio Gahona. Como es difícil que los invitados alcancen a responder, les pido que sus respuestas las hagan llegar por escrito a la Comisión.

Tiene la palabra el diputado Matías Walker.

El señor **WALKER**.- Señora Presidenta, por su intermedio, saludo a la intendenta de nuestra región, al director del Servicio de Salud y al secretario regional ministerial de Salud y a todos los integrantes de la comisión.

Soy consciente de la veracidad de todo lo que han señalado nuestras autoridades regionales.

El esfuerzo para aumentar la cantidad de camas en la región, que es muy baja, ha sido muy importante y eso se

reconoce.

Tenemos la menor cantidad de camas hospitalarias de todo el país, y por esa razón son tan relevantes los proyectos para los nuevos hospitales de La Serena y Coquimbo, junto con el nuevo hospital de Ovalle, que entró en funcionamiento.

Creo que tanto el Plan Ovalle como el Plan Illapel dieron buenos resultados, y el problema lo tenemos actualmente en Coquimbo y La Serena, comunas que están en cuarentena.

Mi pregunta es muy específica. Hace algunas semanas, tanto el ministro de Salud, Enrique Paris, como la subsecretaria de Salud, Paula Daza, en un punto de prensa expresaron su preocupación por dos cifras que en la región de Coquimbo están bajas: trazabilidad -se refirió al respecto la intendenta, así como el seremi-, y exámenes PCR.

Mi pregunta es qué medidas se tomaron desde que se emitió la declaración con este reconocimiento por parte del ministro de Salud y de la subsecretaria respecto de esos dos ítems específicos, que estábamos bajos en comparación con el nivel nacional, en trazabilidad y exámenes PCR.

He dicho.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta accidental).- Tiene la palabra el diputado Sergio Gahona.

El señor **GAHONA**.- Señora Presidenta, por su intermedio saludo a las autoridades de la región y felicito al equipo del gobierno regional por cómo han enfrentado esta pandemia, tarea no exenta de dificultades, por supuesto, pero de todas maneras se agradece el esfuerzo realizado.

Tengo muchas preguntas, pero trataré de centrarme en dos o tres. Especialmente, para la señora intendenta. ¿Cuáles fueron las razones por las que se disparó la situación en Coquimbo y La Serena?

Recorrí la región y la gente de Ovalle actuaba como si no existiera virus en la ciudad, pero se atacó el problema y se logró resolver, y entiendo que en Illapel, localidad donde apareció la primera señal de alarma, también se hizo así.

¿Qué paso en Coquimbo y La Serena que no se logró el mismo resultado y terminamos con las dos ciudades en cuarentena?

Muchos de los alcaldes reclaman por qué no se declaró cuarentena en sus ciudades, cuando al contrario, eso habla

muy bien de los alcaldes y del Gobierno que han logrado que no se declare cuarentena, que es lo ideal.

Entonces, me gustaría conocer las razones. Sabemos los criterios para decretar cuarentena, pero mi pregunta es por qué se produjo eso en Coquimbo y La Serena.

Señora intendenta, también me gustaría conocer cuál es su evaluación de la mesa social Covid-19. Tengo la impresión de que al principio estuvo muy activa, pero últimamente la he visto no muy presente. Quiero saber qué pasa con la mesa social y cuál es su evaluación del trabajo colaborativo con dicha instancia de trabajo.

Al seremi de Salud, la misma pregunta que formuló el diputado Walker sobre las cifras de trazabilidad. Se presentó un inconveniente, pero en una semana lograron resolver el tema. También quiero saber cómo lograron resolver en una semana dicho problema.

Lo mismo respecto de las residencias sanitarias, porque si bien es cierto que esto era manejado por el Servicio de Salud, de un momento a otro pasó a las seremías.

Quiero saber cómo se abordó la implementación de esas residencias sanitarias, cuánta gente se contrató, porque hubo un salto importante en el número de residencias sanitarias, incluso en comunas que no son las más grandes, como es el caso de Monte Patria, en donde se han instalado residencias sanitarias, por dar un ejemplo.

Al seremi de Salud respecto de la fiscalización del cumplimiento de la normativa del covid-19. ¿Cómo se está fiscalizando el cumplimiento de la normativa en los distintos ámbitos?

Le pido que entre mucho más en los detalle, sobre todo en los ámbitos laborales, en las faenas agrícolas, en las faenas mineras, en el comercio, en las ferias, etcétera.

¿Cómo se ha fiscalizado eso en la etapa precuarentena, durante la cuarentena y en la etapa postcuarentena?

Quiero saber cómo lo hicieron antes, cómo lo están haciendo ahora y cómo piensan hacerlo después de que termine la cuarentena.

Al director del Servicio de Salud le quiero preguntar sobre los temas presupuestarios. Para mí es una preocupación porque

nuestra región -lo dijo el diputado Walker- tiene el índice de camas hospitalarias por habitante más bajo de Chile. Es por eso que están los proyectos de los hospitales de La Serena, Coquimbo e Illapel.

Entiendo que estos presupuestos covid para la contratación de personas para 86 camas UCI no son solo la cama y el ventilador, sino que se trata de un equipo médico y una gran cantidad de cosas más, lo que se está financiando con recursos que les entregó el ministerio para enfrentar la situación del covid-19. ¿Pero qué pasará después? ¿Tendremos la oportunidad de quedarnos con algo de eso?

No vaya a ocurrir que termine la emergencia provocada por el covid-19 y de pronto nos encontramos en mejores condiciones, más equipados, y luego se vaya todo.

¿Qué pasará con esos equipos y con esa capacidad instalada? Nada sacamos con tener equipos y capacidad instalada si no tenemos el personal y los hospitales no están normalizados.

¿Qué piensa el ministerio al respecto? ¿En qué podemos colaborar como parlamentarios para que esto permanezca en el tiempo, sobre todo en materia de recursos humanos?

¿Qué tan preparada quedará nuestra red asistencial post pandemia respecto de las brechas que tenemos hoy en cuanto a las prestaciones de salud? Porque están claras las de infraestructura.

Porque cuando termine el covid-19 habrá que ponerse al día con las listas de espera, con las cirugías no-GES, con la atención de especialidades, las interconsultas y con todo lo que está quedando pendiente.

En una mirada más retrospectiva, ¿cómo se hará para adelante?

Consulta para el Servicio de Salud. ¿Cómo está abordando la estrategia TTA (*Testeo, Trazabilidad y Aislamiento*) y cómo se ha llevado a cabo la coordinación con la atención primaria?

Me gustaría conocer en detalle todo eso. No lo pido ahora. Pueden hacer llegar las respuestas por escrito.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta accidental).- Dado el nivel de preguntas que se hicieron, no pudimos otorgarle la palabra a la intendenta, al seremi y al director. Es muy complicado responder en tan poco tiempo.

Tiene la palabra la señora Lucía Pinto Ramírez, intendenta de la Región de Coquimbo.

La señora **PINTO**, doña Lucía (intendenta de la Región de Coquimbo).- Señora Presidenta, se cortó el audio en la mitad de su pregunta.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta accidental).- Decía que por la profundidad de las intervenciones de ambos diputados va a ser muy difícil que ustedes puedan responder ahora. Por lo tanto, les damos la oportunidad de que se despidan.

La señora **PINTO**, doña Lucía (intendenta de la Región de Coquimbo).- Señora Presidenta, quiero dar las gracias, ya que esta es una oportunidad en la podemos demostrar lo que se ha trabajado en la región. Si podemos sacar algo bueno de todo lo que está pasando es precisamente destacar lo que se ha hecho para fortalecer la red asistencial.

Uno de los pilares fundamentales de este gobierno ha sido la salud, principalmente con la construcción de los nuevos hospitales de La Serena, Coquimbo e Illapel. Pasar de tener 22 camas UCI a 86 es, sin duda, un logro importante para nosotros, ya que somos la región con menos capacidad y con menos camas en todo Chile. Vamos a enviar las respuestas.

Muchas gracias por esta oportunidad.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta accidental).- Esta es una comisión investigadora y tiene plazos. Ojalá puedan hacernos llegar lo antes posible las respuestas.

La señora **PINTO**, doña Lucía (intendenta de la Región de Coquimbo).- Mañana, dentro de la tarde, se las haremos llegar.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta accidental).- Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 16:51 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor,
Jefe Taquígrafos Comisiones.