

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 ORDINARIA N° 14, LEGISLATURA 367ª, CELEBRADA EN JUEVES 13 DE AGOSTO DE 2020, DE 14.30 A 16.30 HORAS.

SUMA

Continuar la investigación objeto del mandato. Al efecto, se escuchó la exposición del señor Álvaro Erazo, Médico Cirujano de la Universidad de Chile, ex-Ministro de Salud.

I. PRESIDENCIA

Presidió la sesión el diputado señor **Jaime Mulet Martínez**.

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, Juan Luis Castro González, Ricardo Celis Araya, Francisco Eguiguren Correa; Diego Schalper Sepúlveda; Víctor Torres Jeldes, las diputadas integrantes de la Comisión señoras Marcela Hernando Pérez y Camila Vallejo Dowling, y el ya mencionado Presidente de la Comisión señor Jaime Mulet Martínez.

Asimismo, participó en calidad de invitado, vía remota, el señor Álvaro Erazo, Médico Cirujano de la Universidad de Chile, ex-Ministro de Salud.

III. ACTAS

El acta de la sesión N° 12 se da por aprobada, por no haber sido objeto de observaciones. El acta N° 13 se puso a disposición de los señores y señoras diputados.

IV. CUENTA

El Abogado Secretario de la Comisión informó que no se recibieron documentos para la cuenta.

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.

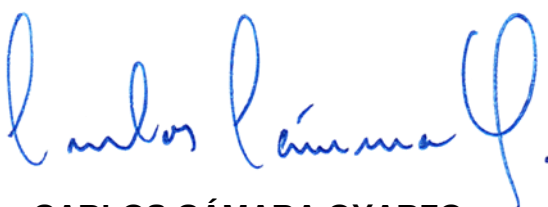
VI. ACUERDOS

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 16.30 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 TELEMÁTICA

Sesión 14ª, celebrada en jueves 13 de agosto de 2020, de
14.38 a 16.26 horas.

Preside el diputado señor Jaime Mulet.

Participan las diputadas Marcela Hernando y Camila Vallejo,
y los diputados Nino Baltolu, Juan Luis Castro, Ricardo
Celis, Francisco Eguiguren, Diego Schalper y Víctor Torres.

Participa como invitado el señor Álvaro Erazo, médico
cirujano de la Universidad de Chile y exministro de Salud.

TEXTO DEL DEBATE

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

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

El acta de la sesión 12ª se declara aprobada.

El acta de la sesión 13ª queda a disposición de las señoras
diputadas y de los señores diputados.

No hay Cuenta.

Ofrezco la palabra sobre el punto Varios.

Ofrezco la palabra.

Para esta sesión se encuentran invitados el señor Álvaro
Erazo, exministro de Estado, actualmente integrante del
Consejo Asesor Covid-19.

La doctora Izkia Siches, presidenta del Colegio Médico,
quien puede venir a partir de la primera semana de

septiembre, de manera que le extenderemos la invitación para el 3 de septiembre próximo.

El doctor Luis Delpiano Méndez, presidente de la Sociedad de Infectología de Chile, aunque tenía problemas de agenda debido a su trabajo. Esperamos que dentro de unos minutos se pueda conectar.

Señor Secretario, le pido que intente comunicarse con el señor Delpiano. Entiendo que se encuentra en un hospital, en primera línea, textualmente. Señaló que se haría un espacio para estar presente, aunque fuese por algunos minutos al principio de la sesión.

El señor **CÁMARA** (Secretario).- Señor Presidente, en este minuto la secretaria está hablando con ellos, por lo que esperamos una pronta respuesta. Estamos insistiendo para ver si puede comparecer de inmediato, pero aún no tengo respuesta.

El señor **MULET** (Presidente).- Entonces vamos a comenzar, no podemos seguir esperando.

Si se logran contactar con el doctor del Piano, dejémoslo a partir de las 15:30 horas, para estar una hora con el doctor Álvaro Erazo y así no interrumpir su exposición o las consultas que hagan las señoras o señores diputados.

Don Álvaro Erazo, muchas gracias por asistir a esta comisión, usted ha sido una de las personas que algunos miembros de esta comisión pidieron que asistiera.

Como usted sabe, estamos investigando los actos del gobierno en relación con los aspectos sanitarios, económicos, sociales y laborales de la pandemia por el covid-19. Somos una comisión investigadora que busca las responsabilidades que ocurran respecto de las distintas autoridades.

Su nombre fue propuesto, dada a su calidad de médico, de exministro de Estado y, además, de miembro del comité asesor, que ha expresado públicamente uno de los matices, muchas veces [...] por lo que nos interesa sobremanera conocer su opinión respecto del trabajo que se está haciendo por parte del Ejecutivo en esta área de su competencia.

Tiene la palabra señor Álvaro Erazo.

El señor **ERAZO** (exministro de Salud).- Señor Presidente, saludo, por su intermedio, a todos los parlamentarios

presentes en esta comisión.

Tengo la oportunidad y, por supuesto, la absoluta convicción de que todos constituyen un referente político técnico, en términos de políticas de salud. Por tanto, con mayor razón, creo importante, más allá de la obligación nuestra, dialogar y entregar la información que a ustedes les pueda ser útil en este proceso investigativo.

Me incorporé como miembro del consejo asesor el 21 de marzo; el consejo se constituyó el 10 del mismo mes, y posterior a los anuncios que se hicieron en relación con el retorno a la actividad escolar, anuncios que generaron controversia pública, nos solicitaron -no por esta razón-, pero en ese contexto, que nos incorporáramos a este consejo junto al doctor O'Ryan. Desde entonces, por cierto, ustedes han recibido los antecedentes pormenorizados del trabajo del consejo a través de la doctora Jimena Aguilera, quien oficia de coordinadora, un cargo implícito porque no está establecido, pero ella es quien coordina el trabajo técnico de esta comisión. El consejo ha trabajado semanalmente, al inicio varias sesiones en la semana y, después, con un programa de actividades dos veces por semanas y, por cierto, también participando en una comisión que constituyó el Senado y que preside la senadora Carolina Goic.

Ahora, todos los antecedentes que componen nuestro trabajo están registrados en la página web del Consejo. Están, por ejemplo, los documentos; nuestras posiciones respecto de aspectos que nos han consultado y también de otros en que, no siendo consultados, hemos considerado relevantes. Al respecto, existe un seguimiento, que está plasmado en documentos, por cuanto, muchas veces, las declaraciones no constituyen un buen argumento suficiente; por lo tanto, esa información está a disposición de todos.

Como ustedes bien saben, las emergencias y las situaciones de catástrofe siempre han motivado al Ministerio de Salud, en este caso -no sé si a algún otro ministerio- a constituir consejos técnicos. En el caso de lo que recuerdo, como subsecretario o ministro de Estado, constituimos varios consejos; el último de ellos en el que me tocó trabajar, en calidad de ministro, fue durante el período en que

enfrentamos el H1N1 que, por cierto, no siendo de la magnitud del covid-19, también significó un gran esfuerzo.

Cabe señalar que en ese momento, un consejo técnico asesor -recuerdo a varios de sus miembros, entre ellos, la doctora Dabanch, que colaboró intensamente en nuestro trabajo, junto a varios salubristas, infectólogos, etcétera- jugó un rol muy determinante en cómo fuimos elaborando la estrategia y la respuesta sanitaria de ese entonces.

En ese sentido, creo que un consejo técnico es fundamental y, por supuesto, debe tener características de autonomía e independencia.

Este era un punto que quería destacar, antes de entrar en el detalle de lo que ha sido nuestro trabajo.

Hay aspectos en los que sí hemos tenido una correspondencia por parte del Ministerio, que ha reconocido nuestras recomendaciones, pero en otros, como fueron los preceptos originales de definir y acompañar en la estrategia de enfrentamiento de la pandemia, básicamente la organización de la respuesta sanitaria, sencillamente no fueron considerados, teniendo claro que no era obligación del Ministerio considerarlos.

Sin embargo, tengo la impresión, desde una visión más integrada, de que hubo un aspecto crucial y que generó una serie de desencadenantes no favorables en la respuesta -lo he dicho muchas veces, pero quisiera reafirmarlo-, por cuanto no se consideró, mejor dicho no se optó por la atención primaria, como primera respuesta sanitaria frente a la circulación del virus, que como ustedes saben es un virus importado. Incluso, tuvimos casos iniciales que se centralizaron en la zona Oriente de Santiago, en Talca, más otros que desconocemos y que, efectivamente, lograron sortear las barreras de entrada que se inició tempranamente, como primera respuesta al plan de enfrentamiento de la pandemia.

Por lo tanto, tengo la impresión de que ese factor, que fue, por supuesto, muy determinante, no fue casual. Creo que hubo un error de estrategia al subvalorar la capacidad de diseminación que tuvo el virus; además, esto fue parte de controversia, en términos de la toma de decisiones, por decirlo menos. Es decir, hubo muchos Estados -países- que

subvaloraron y menospreciaron, a veces por falta de conocimiento o de información, porque -digámoslo así- de este virus no teníamos ningún antecedente, ya que el covid-19 había sido distinto. La experiencia de los asiáticos era mucho mayor, porque habían enfrentado otras situaciones de epidemia, entre ellas, el H1N1 y otras más, por lo que estaban mejor preparados que nosotros.

Finalmente, creo que no se aprovechó al máximo esa capacidad de respuesta sanitaria, que es la única posible de hacer para una contención de la magnitud de la circulación que tenía este virus que, como ustedes saben, tiene varios indicadores, entre ellos, el famoso R efectivo, con el que se hace el análisis de la [...]

Por otra parte, el acondicionamiento de la red, por cierto, en la complejidad, todos lo han valorado. Básicamente, la centralización que se hizo a la gestión de las camas críticas y, por otro lado, el eje estratégico de la política, que es testeo, trazabilidad y aislamiento tuvo -y aquí lo digo con lo de atención primaria- un defecto, que fue el de la trazabilidad, porque es imposible que haya trazabilidad sin atención primaria, para decirlo de manera simple. Este rol de la trazabilidad, por así decirlo, es insustituible en una función pública. O sea, no se puede encargar a cualquiera que haga trazabilidad, deben ser organismos respaldados por su propia función y naturaleza quienes certifiquen la detección del caso, la investigación epidemiológica y cuándo corresponda el aislamiento, de acuerdo a la norma técnica. Como ustedes saben, partimos con las normas que son de recomendación a nivel global para los días de aislamiento y, por supuesto, también la búsqueda de contactos estrechos.

Si traen a la discusión lo que hoy está en el debate es exactamente lo mismo que debiéramos haber discutido desde el primer día. Ese es el punto: el aislamiento, la detección, la trazabilidad, la búsqueda de los contactos estrechos, la encuesta epidemiológica y supervisar que esos aislamientos sean efectivos. No es solo un indicador de procesos, sino uno de resultados.

Entonces, tengo la impresión de que -por así decirlo- se invirtió la estrategia, básicamente, porque como fueron

tiempos acelerados, pero hubo varias semanas de por medio, se dio por "incapacidad", en este caso del gobierno, de hacer esa contención y cortar la circulación del virus.

Como saben, acá hay un matiz; incluso, la primera ministra de Nueva Zelanda dijo: "no solo hay que aplanar la curva, sino que aplastarla". Claro, depende de la intensidad de la contención, el recurso de la cuarentena es un recurso, por supuesto, no es el fundamental. Por lo tanto, dependiendo de esa magnitud es si se va a diseminar o no. Creo que lo que pasó fue que se dio por descontado que pasamos a una etapa 4 -por así decirlo-, una etapa más avanzada, donde ya el virus iba circulando y no hubo posibilidad tal de desplegar trazadores, porque hay capacitar gente, preparar equipos técnicos para hacer la trazabilidad, ya que no cualquier persona puede hacerlo. Además preparar, desde el punto de vista profesional, logístico, informático, esta capacidad de respuesta, de contención y corte de la circulación.

Creo que ese es el gran dilema [...]

El señor **MULET** (Presidente).- No lo escuchamos bien. Puede repetir, por favor.

El señor **ERAZO** (exministro de Salud).- Señor Presidente, decía que ese es el dilema fundamental de la estrategia, incluso casi o más compleja, ya que el tema de la habilitación de las camas críticas, aunque es bastante todo lo que se hizo, es casi o más complejo habilitar la respuesta sanitaria desde los territorios, desde los municipios; capacitar a los que hoy conocemos como trazadores, entregarles las herramientas necesarias y preparar, logísticamente, el soporte informático. Ahí debiéramos haber puesto -por así decirlo- la mayor capacidad técnica y estratégica.

En segundo lugar, varios de ustedes han sido profesionales directivos y conocen el sistema de salud chileno, sin lugar a dudas con toda profundidad, es difícil traspasar esta responsabilidad a la atención primaria. Y creo que esto se profundizó -voy a contar la experiencia, de las que recuerdo- con la separación de las dos subsecretarías.

Al respecto, conozco bien el caso del VIH, sida, cuando hubo una pérdida de los contactos. No sé si recuerdan cuando

la seremi y la dirección del servicio no conversaban, y efectivamente hubo problemas de identificación; y por supuesto, hubo que hacer la encuesta epidemiológica y el tratamiento adecuado de los casos, previa notificación.

Ese es un signo, y ha habido varios otros donde se debe partir desde la premisa de que la respuesta sanitaria debe centralizarse con mucho mayor fuerza si hay dos subsecretarías en un solo mando central, justamente, para juntar la epidemiología con la gestión local, fundamentalmente, desde los servicios y la propia atención primaria.

Creo que ese es un tema que hay que profundizar mucho más, podrá haber discusiones y soluciones, pero ese fue y sigue siendo el punto crítico. A mi modo de ver, hay serias dificultades para que los seremi jueguen un rol de mayor profesionalismo, desde el punto de vista de la salud pública y de la epidemiología, con el fin de ser el principal soporte de la respuesta sanitaria. Finalmente, esta es una respuesta de salud pública y, por supuesto, de las redes asistenciales también.

Creo que ese ha sido el principal escollo, que tiene como agravante, según mi parecer, los problemas de falta de actualización y transferencia de información oportuna y adecuada a los niveles locales de salud.

Como Consejo Asesor hemos entrevistado a representantes de algunas comunas, por supuesto, no tenemos el diagnóstico en profundidad. Pero me sorprendió, por ejemplo, que las transferencias de recursos que estaban comprometidas para la implementación del sistema de trazabilidad, más que se quejaban, objetivaban que se estaban demorando mucho en hacerlo efectivo en los distintos municipios y, por ende, eso genera un impacto, sobre todo cuando se debe hacer una planificación más allá de un mes; o sea, la forma de la planificación presupuestaria en la transferencia de recursos para enfrentar la pandemia en términos de trazabilidad no es posible hacerla si se programa una transferencia solo con un mes, puesto que usted debe pensar que esto va a durar varios meses. Por lo tanto, los recursos deben ser en un plan trimestral o semestral, por lo que la transmisión de esa

información es clave respecto de cómo se va a manejar presupuestariamente esta respuesta sanitaria.

Sobre los temas en que hay coincidencias, se ha logrado avances en cuanto a la respuesta y a la capacidad de oferta de camas complejas. Es indudable que se lograron buenos resultados; sin embargo, llamaría la atención en que -lo he dicho públicamente, por eso lo repetiré acá con mucha claridad- debiera haber un incentivo a los trabajadores, en nada desmerece un debito de reconocimiento a la función de los trabajadores y profesionales por su desempeño. Como ustedes saben, han hecho un esfuerzo mayor, y si les damos una asignación por mérito, en otras circunstancias menos dramáticas que estas, creo que amerita que esto pudiera ser un compromiso importante.

Nuestro recurso humano me sorprende, ya que ha tenido una capacidad extraordinaria, no solo del sector público, sino en todos los niveles. Ha sido extraordinario cómo los equipos de salud no solo se han enfrentado en la primera línea, sino también se han actualizado en conocimientos que han debido incorporar día a día, con distintos grados de incertidumbre, para enfrentar los riesgos que esto conlleva, con muchos prejuicios de la propia comunidad. Incluso, ustedes han escuchado el relato de distintos profesionales que en sus propios lugares de habitación son estigmatizados porque trabajan en el sector salud.

Creo que ese es un gran logro. El recurso humano chileno, la cultura sanitaria, entendido en varias contingencias, creo que es bien destacado. Yo lo viví en el terremoto y al segundo día los equipos de salud estaban trabajando. Incluso, hubo algunos casos en que se trabajó, prácticamente, con hospitales casi destruidos. Por eso es que creo que, nuevamente, el sistema de salud mostró mucha capacidad.

En relación con los temas técnicos, creo que el tema de la información es relevante. ¿De qué información estamos hablando? Uno de los bemoles que ha tenido esta pandemia, ha sido justamente la información respecto de mortalidad, no solo en Chile, sino que en varios países. Todavía siguen existiendo dudas de la información que hay en varios países de nuestra región, pero también en países europeos. Ustedes

han visto las controversias en otros países.

Creo que nosotros tuvimos alguna debilidad en haber considerado, por salvar la inmediatez de los datos, sustituir al DEIS, que como toda organización tenga su estadística, el hábito del registro que está en sintonía con el Registro Civil, y con el Servicio Médico Legal, por supuesto hay toda una metódica establecida en este minuto por la emergencia sanitaria, tuvo varios descualces -por así decirlo-, desde el punto de vista de la información.

Afortunadamente, eso se ha mejorado, pero creo que hay que buscar una solución hacia adelante para fortalecer el trabajo del DEIS. Nosotros tenemos pocos codificadores y son codificadores expertos que tienen que ser parecidos en el futuro. Le Pedí, porque la conocía, a la doctora Rajs que se incorporara a trabajar en una comisión, afortunadamente el ministro accedió con absoluta convicción de que iba a ser un aporte. Y la doctora Rajs está trabajando en apoyar el trabajo de estadística sanitaria y, por supuesto, superar las controversias de los casos de fallecidos y las categorías que se usan, como ustedes ya saben, de acuerdo con las normas internacionales para definir como tal el número de personas fallecidos.

La otra información que me parece importante, es la que se produce a nivel local. Creo que los sistemas de registros de casos deben asumir la capacidad, desde arriba hacia abajo y no solo de abajo hacia arriba. ¿A qué me refiero? Que el sistema de vigilancia epidemiológica Epivigila se va a validar siempre y cuando sea útil, adecuado, oportuno y asequible desde el nivel local. Tiene que validarse desde el nivel local el sistema Epivigila, y los servicios de salud tienen desarrollo propio.

Es evidente que la necesidad de interoperar es fundamental y si no interoperan, es un enredo de marca mayor. Eso creo que se requiere resolver con mucha urgencia, ya que daña, efectivamente, la trazabilidad. O sea, no es posible la trazabilidad aunque sea física, porque, aquí, hay que ir a la casa, hay que entrevistarse con la persona, hay que ver cuántas personas viven, etcétera. Se tienen que registrar e informar adecuadamente hacia el nivel superior, que es el que

hace las estadísticas y va informando a la población.

Lo otro, que es más cualitativo, es que en nada contribuye el exceso de confianza. Creo que, en materia de catástrofe, los chilenos hemos aprendido que la confianza es el peor enemigo. Y, aquí, se ha partido de una falsa premisa, dicotomía, entre economía y salud. O sea, es evidente que si esto no funciona adecuadamente la estrategia va a ser peor que la economía.

Entonces, a veces algunos por querer acelerar el tramo y la propia gente que quiere trabajar como los independientes, las pymes o las empresas grandes, muchas veces nosotros debemos ser capaces de darles la confianza, y esa confianza muchas veces no puede estar sometida a una premura, por muy legítima que esta sea. Y, en ese sentido, esa ecuación ha sido difícil de manejar.

Hasta el día de hoy no he escuchado nunca una justificación que me diga el fundamento de las cuarentenas dinámicas. No tengo. En regiones [...] como la Región Metropolitana. Claramente esto pudiera ser una buena opción en comunidades más pequeñas, desde el punto de vista poblacional.

Pero después de un tiempo tuvimos la oportunidad de invitar a uno de los expertos y le pregunté cuál había sido el criterio con el cual habían diferenciado una parte de Ñuñoa de otra, que era básicamente la avenida Grecia. No tuve respuesta. Me dijo: mira, esto es cualitativo.

Entonces, esas cuarentenas dinámicas, fruto o producto de una, a mi modo de ver deficiente información, y no sé de dónde se sacó esa información y nunca la he visto respaldada, provocó una problemática mayor en la Región Metropolitana que hizo, finalmente, llegar a las cuarentenas.

Ahora, no quiero decir que las cuarentenas dinámicas hayan sido el causante, pero es un punto muy necesario de investigar, porque, además, el desconfinamiento que se ha ido produciendo ahora tiene aspectos de desconfinamiento dinámico en la Región Metropolitana.

Leí un artículo en el diario El Mercurio sobre los efectos de la colectividad y el riesgo. Y es evidente, los Centros de Modelamiento Matemático y el Departamento de Ingeniería de la Universidad de Chile, y otros que han analizado esta

situación, entre ellos la Universidad del Desarrollo, advierten del problema. Tampoco vamos a esperar eternamente, pero, a lo menos, debemos saber si es que está preparado el transporte público, el Transantiago o el metro, porque es indudable que el virus se moviliza.

Entonces, creo que hay que hacer un llamado de atención a los expertos y sobre todo al ministerio. Sobre este punto fijamos una posición, tenemos algunos matices entre varios expertos del consejo, pero planteamos una unidad más integrada como [...] para haber iniciado el desconfinamiento o desescalamiento.

Finalmente, tengo la impresión de que el tema de la participación fue insuficiente, ya que las capacidades culturales instaladas que tiene Chile, en sus juntas de vecinos, en sus diversas asociaciones, se hubieran aprovechado mucho más para la respuesta sanitaria de lo que se logró. Los propios municipios tienen estructuras para haber hecho una mejor articulación y educación, transferencias de capacidades en el bien local, un consejo mucho más amplio de organizaciones sociales, gremiales, etcétera, para haberlos puestos en una lógica más épica de lo que significaba y, por supuesto, de educación a la propia comunidad.

Yo creo que en términos de participación hemos estado muy débiles y en términos de comunicación de riesgos, creo que todavía seguimos estando débiles. Por supuesto, la gente ha incorporado el uso de la mascarilla, pero tengo la impresión de que deberíamos ser mucho más agresivos en la comunicación de riesgos, porque no podemos, como les he dicho, ser exitistas y tampoco generar terror en la población. Creo que todos hemos sido súper cuidadosos en la comunicación, tanto ustedes como todos nosotros.

Señor Presidente, ese es mi planteamiento.

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señor Presidente, por su intermedio saludo al doctor Álvaro Erazo y le agradezco que accediera a la invitación.

Quiero preguntarle, en su calidad de experto y miembro del

consejo asesor, tres aspectos que me preocupan. La semana pasada participaron de la comisión dos miembros del comité asesor y hay cosas que quedaron un poco dando vueltas.

Doctor Erazo, usted fue ministro de Salud, ¿cómo observa que funciona la institucionalidad del Ministerio de Salud?

Me refiero a quién toma las decisiones en el Ministerio de Salud. Uno podría decir que es de Perogrullo, que es el ministro, pero parece que a veces no es así.

Hay equipos en niveles intermedios, en distintas divisiones o departamentos, que han tenido roles determinados y que, incluso, han provocado diferencias de opinión entre dos subsecretarías en el último tiempo, a raíz del caso de las residencias sanitarias, por ejemplo.

Entonces, quiero que se refiera a esa relación que les corresponde con el Ministerio de Salud, como institución de comité asesor.

Luego, en el diálogo que han sostenido con La Moneda, con el gobierno, a veces a razón de diferencias de opinión, de controversias o de no ser escuchados, el comité asesor ha levantado minutas y ha hecho planteamientos bastante explícitos respecto de su punto de vista.

Recuerdo que el doctor Erazo y la doctora Catterina Ferreccio, respecto del desconfinamiento en Santiago, emitieron opiniones críticas luego de esos anuncios hace un mes, aproximadamente, lo que motivó después una minuta de contenido sobre los criterios para desconfinar.

Asimismo, quiero saber su opinión sobre la débil y, a mi juicio, raquítica estructura de las secretarías regionales ministeriales de Salud en todo el país producto de una herencia de largos años, desde que se instalaron bajo la autoridad de la Subsecretaría de Salud Pública.

En mi región, hasta el día de hoy, no hay seremi, porque renunció hace dos semanas al cargo. No hay seremi titular y siguen buscando, en una zona que se empezó a desconfinar hace tres días con resultados de masivas salidas de la gente a la calle, y no hay autoridad sanitaria.

Doctor Erazo, ¿qué opina del rol de las secretarías regionales ministeriales de Salud al haber descargado en ellas tanta responsabilidad de gestión, de estrategia y de

implementación de fiscalización en trazabilidad y aislamiento, sabiendo la poca musculatura de las seremis a lo largo de todo el país?

Además, si toda la modalidad de trazabilidad, de testeo y aislamiento se centra en el denominado *test* PCR, que es el eje de las definiciones, ¿cuál es la demora en la entrega de ese resultado, que ha sido tan controversial?

Muchas personas se han visto afectadas. Recordemos que hubo casos de personas que eran contactos estrechos y que no tenían acceso al examen, porque hasta que no tuvieran síntomas en la atención primaria o en hospitales les decían que no podían hacerles el PCR. O bien se hacían el examen, pero hay demora hasta el día de hoy.

No sé qué información maneja el doctor Erazo, pero la demora sigue siendo mayor a 48 horas e, incluso, hasta 10 días según el caso. Es inútil si estamos hablando de trazabilidad o de cuarentenas efectivas que llegue tan tardíamente un resultado para saber quién es positivo.

En los días anteriores a que saliera el doctor Mañalich - hoy se cumplen dos meses exactos- se habló del *test* de saliva; se anunció. Incluso, se dijo: "Mire, la próxima semana vamos a contar con esta maravilla para agilizar los procedimientos". Y se habló de un PCR de saliva, y nunca más se supo del PCR de saliva, después de algunas observaciones y críticas.

¿Qué piensa de aquello? ¿Tiene viabilidad en Chile? ¿Se va a aplicar o fue algo así como una quimera, tipo carné de alta covid, que fue pensado en su momento en la inmunidad de rebaño, que nunca prosperó en el mundo ni en Chile?

Por lo tanto, ¿qué ocurre con la trazabilidad y el aislamiento en esta bajada gradual? Todas las experiencias mundiales dicen que la subida puede ser más rápida, pero que la bajada es gradual y con los rebrotes que pueden ocurrir en el tiempo. Nosotros estamos en esa fase, que es más compleja, más incierta.

¿Cómo estamos asegurando la trazabilidad y el aislamiento con las situaciones del PCR de por medio, bajo el PCR clásico, que todavía no muta a otras formas más amigables o más cercanas para ir más fuertemente a la población?

También quiero preguntar al doctor Erazo qué piensa del modo en que se está desconfinando la Región Metropolitana y otras regiones del país que están en el mismo proceso.

¿Por qué lo consulto? El doctor hizo una crítica al modo de confinamiento por parcialidad o confinamientos dinámicos, como se hizo en abril, mayo y parte de junio, y resulta que estamos teniendo desconfinamientos dinámicos. Ahora entró Santiago y Providencia, y se va a esperar a ver si después entra Recoleta y otras comunas. Me parece que es un modelo similar al de entrada, y si el de entrada a juicio del doctor Erazo fue confuso y equívoco, ¿por qué no pensar que con el de salida, con el mismo método, pase lo mismo?

A su juicio, ¿qué hay que hacer en la Región Metropolitana con estos indicadores y la movilidad que está teniendo Santiago?

Por último, en la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, que es mi región, se inició un desconfinamiento hace tres días con umbrales límites; con una positividad el día previo de 17 por ciento, ayer 13 por ciento de positividad en los exámenes, que en el acumulado aparecen en 10 por ciento, en otras palabras, en el borde, con la movilización de público que hemos conocido todos. Esto a muchos nos parece pan para hoy y hambre para mañana, aunque prefiero estar equivocado.

Finalmente, en los criterios de cómo se está desconfinando, los que ustedes entregaron, ¿cuántos se aceptaron y cuánto no fueron considerados por el comité asesor para efectos de esta bajada lenta que es casi más peligrosa que la subida por los rebrotes que puede haber?

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Álvaro Erazo.

El señor **ERAZO**.- Señor Presidente, reconozco y asumo mi diagnóstico. La institucionalidad del ministerio hoy día es débil en el contexto de la pandemia. Por ejemplo, la División de Atención Primaria ha estado ausente de la respuesta sanitaria.

Nosotros creamos una división, en uno de los cambios organizacionales del ministerio, para potenciar la atención primaria. Era un departamento de atención primaria. Se creó

una división, se fortaleció, y hoy día, cuando más la necesitamos, esa división de atención primaria recién está apareciendo con liderazgo.

A mi modo de ver, desde el punto de vista institucional, hubiese esperado una articulación del cuerpo ejecutivo, vale decir, de quienes son los jefes logísticos y, además, con mando de conducción, como son los jefes de división del ministerio, en un mando superior, y que ese mando superior se expresara en coordinaciones territoriales de seremis con directores de servicio afiatados para la respuesta sanitaria. Es decir, un esqueleto institucional que no se logró, que no se materializó al inicio, y que hoy ha ido mejorando en esa coordinación.

En ese sentido, tuvimos el defecto de no haber adecuado la institucionalidad a la envergadura de la crisis que estábamos viviendo, porque si uno se queda con la misma institucionalidad y con las mismas jefaturas, y no hace una organización adecuada, porque de ahí vienen los COE y otras estructuras de emergencia, hubiese sido mucho más clara la capacidad de respuesta sanitaria.

Ahora, esta institucionalidad también tiene que ver con cómo el mando superior, ministro y subsecretarios, actúan con plena sintonía hacia la estructura del Ministerio de Salud que, como ustedes saben, es una estructura que hereda gran parte, y en buena hora, de lo que fue el sistema nacional chileno, por muy segmentado que esté.

Tenemos directores de servicios con mucho liderazgo, con mucho ascendiente y, por ende, hay una capacidad instalada ahí, y seremis extremadamente debilitados, sobre todo en rol que se les asigna, que es precisamente ser el líder natural, la autoridad encargada de la salud pública y [...] de la fiscalización o de los convenios que tienen.

Entonces, ahí tenemos un problema mayor, que se ve agravado -a mi modo de ver-, porque las divisiones del Ministerio de Salud no acompañaron o no quisieron que acompañaran en plenitud a la respuesta sanitaria. Por supuesto que esta situación hay que observarla en detalle; lo que digo es una percepción. Por supuesto que en algunas divisiones se ha trabajado mejor, en otras no, pero yo hubiera adecuado la

estructura del Ministerio con mucha mayor claridad frente a la respuesta.

En la relación con el gobierno, hay reuniones que se llevan a cabo en la semana, reuniones que tienen la pretensión o el objetivo -entiendo- coordinar a los diversos ministerios. Pero en una condición de este tipo -no puedo dar fe de eso, porque no tengo antecedentes- lo que corresponde es que el ministro de Salud hubiese liderado una suerte de comité interministerial, aunque lo hubiesen integrado los subsecretarios, para no pisar la personalidad de los otros ministros.

Debimos haber tenido un consejo estratégico, en el que estuvieran Transportes, Vivienda y Desarrollo Social, y que el jefe de este comando de gobierno hubiese sido el ministro de Salud, de tal manera que hubiera dispuesto de todos los recursos -no me atrevería a decir del ministro de Defensa, porque siempre son como intocables-; en definitiva, haber tenido un mando superior sobre otros, a lo mejor, con los subsecretarios... ¡Imagino que se entiende la idea! Sin embargo, eso no lo vi; y creo que gran parte de los problemas que hubo dicen relación con esto. Por ejemplo, algo se dijo en algún momento, de la necesidad de que el examen fuese gratuito; en segundo lugar, haber generado un subsidio para que las personas se quedaran en sus casas; sin una relación mecánica, porque nadie puede pretender crear un *voucher* para quedarse en la casa. Pero haber generado una respuesta social y financiera -del bolsillo de las personas- con mucho mayor [...], con estrategia de cuarentena. Hay que determinar cómo lo podríamos lograr en relación con las carencias sociales [...], que generan una serie de problemas, de vivienda, etcétera, es decir, falta esa parte. Desde ese punto de vista, considero que es débil.

Respecto de las seremías -no es por menoscabar las funciones de nadie-, son organizaciones que no actuaron en su debido momento; creo que no contaban con la preparación adecuada. Las seremías siempre han sido débiles en su estructura, pero ante a la contingencia se debió haber hecho un esfuerzo mucho mayor para habilitarlas técnicamente, o haber reasignado profesionales dentro de los propios

servicios [...] con experiencia epidemiológica: por ejemplo, de la epidemiología, etcétera; pero eso no lo vi.

Creo que, finalmente, el corte -vuelvo a referirme a la institucionalidad- entre la respuesta sanitaria a nivel local y la institucionalidad ministerial es una brecha compleja, no resuelta del todo, hasta ahora, que se ha ido resolviendo.

Aludo a eso el comentario del ministro, comentario que es difícil de interpretar; pero creo que -en parte- el ex ministro de Salud, Jaime Mañalich, cuando renuncia y dice que se derrumbaron los castillos de naipes, esta frase tiene mucho que ver con los aspectos institucionales y de la información que había en ese minuto sobre el curso de la epidemia. Me refiero a la información epidemiológica, no a cualquier información, y a la capacidad de respuesta local.

Creo que en esa fase perdimos el control de la epidemia. Mucho se ha dicho que siempre la tuvimos bajo control; sin embargo, hubo momentos -semanas- en que la epidemia se descontroló y avanzó de manera aceleradísima la circulación del virus.

En relación con el desconfinamiento, no hay ninguna evidencia que sostenga que se esté haciendo de manera correcta. Creo que los argumentos, en aspectos sensibles como la conectividad, la conurbación que tienen regiones como la Metropolitana y otras regiones de la misma magnitud, como las del Biobío o de Valparaíso, no tienen justificación. Me parece que estamos haciendo aseveraciones que no están plenamente justificadas, más aún si la trazabilidad todavía no tiene indicadores suficientes en varias comunas.

En la trazabilidad es fundamentalmente el aislamiento, el seguimiento de los casos, de los contactos estrechos. Este aislamiento debe estar supervisado y la información recabada se debe notificar antes de 48 horas. Esos son -por así decirlo- indicadores fundamentales.

La positividad ha mejorado, sin lugar a dudas, pero creo que, en la medida en que desarrollemos los famosos BAC (búsqueda activa de casos), tenemos que tener la capacidad para ir liberando comunas.

La lógica de ir liberando comunas, desde el punto de vista sanitario y epidemiológico, salvo los controles naturales que

tienen los alcaldes, es un riesgo importante -no quiero decir alto- pensar que con el desconfinamiento, realizado de esta manera, la gente no va a tener estos datos, que son del Centro de Modelamiento Matemático de la Universidad de Chile, en que casos que son de comunas en cuarentena miden a comunas que no están en cuarentena. Hay estudios de origen y destino -así se llaman-, origen y destino de las personas, y uno debiera ser mucho más cauteloso.

Creo que todavía es posible hacer una ecuación, de tal manera de tener un poco más de cautela. El argumento que sostiene que siempre vamos a tener rebrote, me parece un argumento no suficiente, porque no todos tienen rebrote; y también depende de la magnitud del rebrote, porque se puede tener el rebrote de un caso, de cinco casos o de mil casos; lo puede tener un barrio en específico.

Entonces, [...] el argumento de que como igual vamos a tener rebrote, probemos de a poco, no me parece un bueno argumento.

Por último, en relación con lo que hemos solicitado, hoy tendremos una reunión con la subsecretaria de Salud Pública, Paula Daza. Ya nos envió un oficio, en que gran parte de las sugerencias, de indicadores -básicamente de métrica- para el desconfinamiento, han sido considerados, pero hoy vamos a discutir, más que la propuesta, la aceptación que el ministerio ha hecho para los cambios de la etapa de transición y las sucesivas que sugerimos con indicadores bastante precisos y que ustedes en general conocen.

Estoy optimista en ese sentido, por lo que espero se puedan recoger. Por supuesto, lo hemos recogido desde la experiencia internacional, no es una invención del consejo, hemos visto la experiencia al respecto.

Quiero dejar muy claro que hay países que han tenido rebrotes y otros no. No quiero partir de la premisa de decir "mire, da lo mismo, porque como todos vamos a tener rebrote, así que vamos dándole nomás".

Es bueno decirlo.

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Francisco Eguiguren.

El señor **EGUIGUREN**.- Señor Presidente, es un honor tener en la comisión a una persona con la trayectoria del doctor

Erazo, quien, además, ha pasado por distintos puestos ejecutivos y técnicos, lo que, sin duda, demuestra una experiencia importante, por lo que su opinión resulta muy considerada.

Por lo mismo, me gustaría ver algunos puntos que no me calzan con lo que él manifestó para que los aclare. En ese sentido, yo tenía la impresión y de alguna forma también me quedó claro lo que él señaló, en el sentido de que el Ejecutivo ha sido muy receptivo frente al consejo asesor. Incluso, el doctor Erazo manifestó que expertos como la doctora Rajs habían sido escuchados, lo que da cuenta de que los equipos técnicos son oídos y observados con atención respecto de sus posiciones. De manera que es importante que aclare si el gobierno ha tenido la preocupación de oír al consejo técnico, tanto asesores como expertos en la materia.

Por otra parte, es bueno resaltar que la propagación de este virus se debió más bien a una situación que impactó al mundo entero por la novedad del mismo, porque era un virus nuevo y porque no había información o antecedente para combatirlo. Más aún, China sinceró después sus datos, porque la verdad es que se vio muy sorprendida. En Chile, la alerta sanitaria se decretó el 5 de febrero de 2020. Hago el alcance porque la propia OMS desestimó el virus como pandemia, sin embargo nuestro país se adelantó a eso.

Por ello, me gustaría preguntar al doctor Erazo si, dada su experiencia y conocimiento, él le da un valor a eso, en cuanto a que el propio doctor Mañalich en su minuto se adelantó a lo que venía, porque si hubiésemos seguido las recomendaciones de la OMS, a lo mejor, habríamos tenido otro ritmo en el manejo de la pandemia y no nos hubiésemos adelantado en las normas de prevención.

Les recuerdo que el primer caso en Chile fue informado el 3 de marzo. O sea, si hubiésemos esperado conocer el primer caso para empezar a prender luces de alerta, tal vez, hoy estaríamos contando otra historia. En esa medida, hay que recalcarlo y dejarlo claro.

Otro punto que me importa y que quiero consultar al doctor Erazo tiene que ver -no soy experto, sino un diputado aprendiz de coronavirus y de pandemia, por ende voy

aprendiendo día tras día- con una duda sobre las cuarentenas dinámicas, que, a su juicio, no tenían fundamento. Al respecto, entiendo que existe un fundamento en la propia OMS. Incluso, hace bastantes años, dicho organismo emitió un informe sobre "Deliberaciones, decisiones e informes sobre cuarentena internacional", en el cual especifica y define el concepto de "cuarentena" como -valga la redundancia- cuarentenas locales, y se atreve a incursionar en el ámbito de las cuarentenas dinámicas. De modo que me gustaría que precisara ese aspecto, que, a mi juicio, es muy relevante.

Dicho informe cayó en mis manos como consecuencia de la fiebre amarilla que se produjo en el mundo, por lo que todos los miembros de Naciones Unidas generaron información en torno a ello.

Otro asunto que me genera dudas tiene que ver con que el doctor Erazo habla sobre la estrategia del desconfinamiento. Entiendo que, a estas alturas, él es parte del comité de expertos del Consejo Asesor Covid-19, por su currículo. Entiendo que esa estrategia de desconfinamiento tiene respaldo en dicho comité, en los asesores del Minsal y también en el Plan "Paso a Paso". Incluso, recuerdo la polémica que se generó con la presidenta del Colegio Médico de Chile, señora Izkia Siches, por cuanto desconocía la estrategia de dicho plan y fue la propia subsecretaria quien aclaró que ella era parte del comité que lo había definido. ¿Usted nunca ha abordado ese tema en el comité de expertos, en el consejo asesor o en las mesas de trabajo que ha integrado? ¿La estrategia de desconfinamiento es algo absolutamente particular y que el Ejecutivo no ha conversado con ustedes?

Es importante saber su opinión sobre la gestión que tuvo el ministro Mañalich y la que está realizando el actual ministro Paris, quienes han debido lidiar con una pandemia que era algo distinto y nuevo para todos y que no se sabía cómo afrontar. Sin embargo, a mi juicio, considerando los errores que ha habido -nadie puede decir que no los ha tenido-, ha sido más positivo que negativo. En ese sentido, me gustaría que se pronunciara al respecto.

Por último, formular cinco preguntas muy concretas al

doctor Erazo respecto de cómo define que se ha actuado en la pandemia: ¿Es el comportamiento de la red de salud la que lo define? ¿Considera que la red integral de salud ha funcionado correctamente? ¿La red es la medida para definir que la estrategia para enfrentar la pandemia es adecuada? ¿Usted considera prudente que la integración de las redes pública y privada es un mecanismo que ayude a enfrentar los problemas de salud, con una mirada de más largo plazo? ¿Esa es una estrategia o una manera adecuada para enfrentar adecuadamente el problema que hoy estamos viviendo?

Agradezco la presentación del doctor Erazo, porque en verdad es muy importante escuchar a gente con su trayectoria en esta comisión.

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el doctor Álvaro Erazo.

El señor **ERAZO** (exministro de Salud).- Señor Presidente, en cuanto a la OMS, dicho organismo tampoco midió la magnitud de lo que estaba enfrentando durante los primeros días. No tengo la evaluación precisa respecto de la tardanza en términos de días, pero hubo matices que, mirados en perspectivas, me hacen señalar que la OMS debió haber activado todo de una vez. En ese sentido, creo que China actuó bien -desconozco antecedentes más precisos- y pasó la información oportuna. Se mandó la codificación del virus en su debido minuto. La respuesta asiática fue muy buena, pues Vietnam, Tailandia, Corea del Sur y Japón tenían experiencia. Varios países asiáticos respondieron aplicando, como en el caso de China, un *lockdown* muy estricto. O sea, cerraron la ciudad de Wuhan durante varias semanas e ingresaron a los pacientes contagiados a los hospitales, que es una recomendación que nosotros también hicimos.

Los países europeos, por su parte, actuaron de manera disímil. O sea, claramente, respecto de Inglaterra y de Italia, podemos hacer una evaluación de la conducción de los Estados, de los presidentes, de los jefes de Estado. Hemos visto varias caricaturas de cómo algunos han subvalorado la respuesta sanitaria frente a la magnitud del problema.

A propósito de la capacidad de escuchar del gobierno, hemos sostenido varias reuniones, tres con el Presidente. En todas ellas, he tenido la oportunidad de emitir mi opinión, siendo la máxima autoridad de todos nosotros, y el gobierno ha escuchado, pero no siempre nos ha hecho caso, incluso, en algunos casos no se nos ha consultado. Las cuarentenas dinámicas, por ejemplo, no fueron consultadas a nosotros, sino que nos enteramos por los diarios, al igual que ustedes. Nunca se nos consultó al respecto. Después de semanas, logramos ubicar a uno de los expertos a través de tuit, de esa forma nos contó acerca de su modelo. Lo mismo respecto del retorno que anunció el gobierno, tampoco se nos consultó, por lo que tuvimos que pronunciarnos públicamente.

No obstante, hay aspectos, como en el desconfinamiento, que hemos conversamos y el gobierno lo ha considerado, y hoy lo vamos a ver con la subsecretaria, pero fue iniciativa nuestra sugerirle una serie de indicadores. A nosotros no nos preguntaron los indicadores, nosotros sugerimos una propuesta en base a la evidencia, que nos parecía razonable. Entonces, se inició un diálogo con el gobierno, con participación de La Moneda y con las autoridades del ministerio, para incorporar estos indicadores y dar la gradualidad en cinco fases, que son las que ha tenido el desconfinamiento.

Sin embargo, [...] es bueno que están los documentos, pues ahí están todos nuestros planteamientos, le dijimos desde un principio que, para efectos del desconfinamiento en la Región Metropolitana, nos parecía que la unidad territorial debe ser considerada la provincia de Santiago, como la condición conurbana que tiene. Y esto había sido dicho por expertos en transporte, gente que trabaja en geografía, etcétera, de tal manera que nosotros apelamos a esa evidencia.

Por cierto que a la Organización Mundial de la Salud (OMS) nunca se le ha ocurrido cuarentenar o confinar a un país entero, como lo hizo Argentina. Nunca ha sido recomendación de la OMS, y a nosotros, a ninguno de los miembros de la comisión se le habría ocurrido sugerir que confinaran a todo Chile de una vez. Sí, desde el punto de vista sanitario y

epidemiológico, con la evidencia geográfica, conurbanamente en ciudades como la de Santiago, utilizar la unidad geográfica, que es la provincia, con evidencia escasa, porque nosotros no habíamos tenido esta magnitud de problema. Créanme que nunca se nos ocurrió, y por eso le encuentro razón a la OMS, porque no podría sugerir que se confinara todo Francia o todo Chile de una vez, me parece que no tiene argumentos, porque hay cortes naturales, geográficos, etcétera.

Por ende, creo que el gobierno ha considerado algunos aspectos y eso lo hemos valorado, pero hay otros aspectos sensibles sobre los cuales no se nos consultó. Eso está absolutamente claro. Podrían habernos consultado, pero en ese caso no conozco la razón por la cual no nos consultaron. El gobierno tiene toda la autoridad para hacerlo o no.

En relación con el comportamiento que ha tenido el sistema de salud chileno, aquí, hay un componente subjetivo, que es la capacidad de respuesta de los recursos humanos de la institucionalidad. Creo que nuestras cifras están en noveno lugar de fallecidos por millón de habitantes. Lo digo con toda claridad, a mi modo de ver, no es buena. Creo que nosotros merecíamos mejores indicadores, así como tampoco me parece bien estar en el quinto lugar de contagio por millón de habitantes. Podríamos haber estado en mejores condiciones, considerando la experiencia y creencia el sistema de salud chileno.

Ahora, todo para responsabilizar a una u otra persona, creo que se debe hacer una evaluación ponderada de los diversos factores. Sin embargo, si me pregunta si es que estoy contento como para salir a celebrar por los resultados sanitarios que tenemos, no estoy contento. Creo que podríamos haberlo hecho mucho mejor, porque esas cifras son indesmentibles. O sea, muchos dicen que nosotros hacemos mucha trazabilidad, pero estamos en el lugar 46° de 215 países en cuanto a examen de PCR por millón de habitantes. Se lo comenté al Presidente en su oportunidad, pues él dijo en el mensaje que estábamos dentro de los primeros países en

términos de exámenes por millón de habitantes. Entonces, le dije que estábamos en el lugar 46° de 215 países o en el lugar 23° de 116. Tampoco es que hagamos los súper hartos exámenes PCR.

Ahora, que los estamos haciendo bien a un buen estándar de la OMS, sí, lo estamos haciendo bien. Creo que es un gran logro, porque ha sido un tremendo despliegue haber instalado los laboratorios, pero no es una explicación de que tengamos tanta población fallecida. Creo que no son buenos los indicadores, por supuestos que no son completamente malos. Aquí, vamos a entrar en una discusión respecto de si los otros países hacen buena contabilidad, etcétera, etcétera. A mí no me deja satisfecho esa cifra. Tampoco viene al caso empezar a elucubrar si otros lo hubiesen hecho mejor, porque se trata de aprender las lecciones y salir adelante con una mejor respuesta sanitaria.

En relación con la red adecuada de salud, sucede lo mismo. La red tiene potencialidades y cuando se integra la red de salud, se integra la provisión con un propósito y en un mandato, que es la pandemia, y creo que funciona adecuadamente. Para la cotidianeidad, lo mejor que me surge de manera natural, lo menos de sistema dual posible. Toda la dualidad, toda la segmentación es mala en los sistemas de salud. Me parece que uno de los problemas, de acuerdo con lo que nos dice la gente en el nivel local, es que en las comunas, muchas veces, los casos de seguro privado versus los de Fonasa, cuesta dar y tener una mayor trazabilidad. Entonces, creo que el esfuerzo que tienen que hacer todos durante la pandemia, es mayor.

A propósito de eso, quisiera hacer un llamado de atención por el rol que tienen que jugar las mutuales y los empleadores. Las mutuales, por definición, de acuerdo con la ley N° 16.744, tienen que jugar un rol de prevención -en el Senado invitaron a las mutuales- y de capacitación a sus trabajadores, deben actuar anticipadamente. Hay mutuales que han hecho un muy buen ejercicio de trazabilidad, pero hay otras que podrían mejorar mucho más su accionar.

El tema del retorno al trabajo, que es la otra función que tiene el ser humano -la vida y la salud ocupacional- necesita contar con mutuales súper comprometidas con el problema que estamos viviendo. Ese es un ámbito que se necesita explorar mucho más para hacer un buen diagnóstico y ver cómo se integra, también, en la respuesta sanitaria y en la red frente a la pandemia.

Mi convicción es que es fundamental lograr integración sistémica, organizacional. Creo que la experiencia de integración de las camas críticas ha sido un buen recurso. Es algo que también hicimos con ocasión de las campañas de invierno, por medio de un modelo de gestión centralizado de camas críticas.

El tema es no tener "transferencias"; que sean pagos [...] transferencias a precios de arancel Fonasa. En ese sentido, creo que todos han contribuido en la misma dirección, de tal manera que los ministros, y quienes lo hemos sido, estamos sometidos a la evaluación pública. Creo que cada uno ha jugado un rol; es difícil después de la batalla..

Creo que el entonces ministro Mañalich hizo la evaluación. Él mismo planteó los avances, lo que veía y lo que se había logrado o no se había hecho.

Indudablemente que el ministro Paris ha generado un espacio de diálogo muy potente, pero creo que los temas de gestión se deben evaluar en su justo mérito, sin personalizar, en el caso de la evaluación de la gestión.

Mi análisis es que los indicadores de resultados en mortalidad no son buenos, y los contagios tampoco han sido buenos para nuestro país. Creo que no ha sido satisfactorio.

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Ricardo Celis.

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señor Presidente, concuerdo absolutamente con lo que señala el exministro Erazo.

Hace pocos días hice la parte preparatoria, con ocasión de la sesión especial que tuvimos sobre el manejo de la pandemia por parte del gobierno y algunos aspectos financieros, y en la revisión que hice aparecen claros algunos elementos como los que acaba de confirmar el exministro Erazo.

Uno de ellos es que Chile ocupa en la actualidad el noveno lugar en casos confirmados de coronavirus en el mundo. Mirábamos estupefactos y con mucha consternación las noticias que nos llegaban por televisión desde Francia, España, Italia. Bueno, en lo que se refiere al número de personas contagiadas ya hemos superado a España, al Reino Unido y a Italia.

Si llevamos una comparación de ese tipo al número de fallecidos, lamentablemente, ocupamos entre el sexto y el noveno lugar en mortalidad a nivel mundial, y en números totales, en números brutos, ocupamos entre el décimo y el undécimo lugar a nivel mundial.

Esos números no son buenos; obviamente, no son buenos.

Entonces, permítame concordar absolutamente con lo que señala el exministro Erazo, en el sentido de que los resultados totales no son buenos para Chile.

Si existe un indicador duro desde el punto de vista epidemiológico, y si hay un indicador duro de resultados ese es el de la mortalidad, y aquí en Chile la mortalidad en ningún caso da para estar alegres.

Creo que uno de los elementos centrales -aquí va mi pregunta para Álvaro Erazo- es que solo el 4 de junio se publicaron en el Diario Oficial las transferencias de facultades en la atención primaria. Si bien es cierto que fue exitoso concentrar las camas para pacientes complejos, así como la política que instaló el exministro Mañalich, en relación con que a nadie le faltase un ventilador mecánico, para mí fue un factor determinante la antesala de aquello, que consistió en evitar que eso ocurriera. Solo el 4 de junio

se transfirieron las facultades para la trazabilidad, para el aislamiento, y de allí viene mi preocupación.

Por su intermedio, señor Presidente, le pregunto al doctor Erazo por su apreciación en relación con esto. No sé si existe solidez, si tenemos un sistema robusto y trazabilidad a nivel central y comunal. Tengo grandes dudas de que a nivel comunal existan equipos de trazabilidad con la experticia y la musculatura necesaria para soportar -digo "soportar" en el sentido de llevar adelante- el proceso de desconfinamiento en forma adecuada. Me preocupa ese hecho.

En segundo lugar, considero muy preocupante la altísima movilidad que se ha producido en muchas comunas ubicadas en las regiones del Libertador General Bernardo O'Higgins, en la Metropolitana y en la de La Araucanía, especialmente durante los fines de semana.

Si no instalan equipos comunales que regulen eso creo que vamos a tener un rebrote, como ha ocurrido en muchos países, pero el tema está en cómo se regula eso. En lo que se refiere a movilidad me parece que el transporte es el Talón de Aquiles del proceso que estamos viviendo, que creo que se llama Paso a Paso o desconfinamiento.

Le pregunto además por la robustez de los equipos para estar encima de la trazabilidad, y encadeno eso con un tema grave, a mi juicio, que existen pocas decisiones de Estado en el tema de movilidad, para ver cómo vamos a regular la movilidad y el transporte público, que a mi modo de ver representan un tema muy crítico.

Considero que no es necesario que los funcionarios públicos, o las personas del mundo privado que han estado laborando en la modalidad de teletrabajo, deban volver al trabajo presencial.

Pregunto al doctor Erazo su opinión sobre esa materia.

Creo que el financiamiento que tienen actualmente las municipalidades no está llegando de modo oportuno, lo que representa otro tema complejo.

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Erazo.

El señor **ERAZO**.- Señor Presidente, se me había quedado en el tintero el método *pool testing*, que es bastante eficiente. Nosotros lo hemos analizado como consejo técnico, y la Universidad de Chile está desarrollando y validando el modelo por medio de un plan piloto.

También nos contactamos con la Universidad Austral, que está trabajando un modelo en algunas empresas. Esperamos contar con esa herramienta, sobre todo en espacios laborales y en zonas que supuestamente están libres de contagio, que permiten implementar un buen sistema de detección.

También permite desconfinar o garantizar de manera oportuna la existencia de zonas libres de circulación del virus.

Para ser franco, el proceso ha sido un poco lento, ya que podríamos haber avanzado más rápido.

Justamente ayer estuvimos en el consejo conversando con el ministerio la necesidad de apurar un poco más el tranco en relación con dicho recurso, y también hemos estado viendo el test de saliva, que ha arrojado buenos resultados.

Como ustedes saben, siempre existe otra referencia, que da cuenta de un déficit en su efectividad, pero en términos de sensibilidad y especificidad han sido positivos, por lo menos en virtud de lo que hemos escuchado sobre la experiencia de la Universidad Austral y de la Universidad de Chile.

En relación con lo que mencionó el diputado Celis, lo del 4 de junio, el anuncio en el Diario Oficial, es lo que grafica el problema y, a propósito de lo que decía el diputado Francisco Eguiguren, este tema, de verdad, todos nosotros -y no quiero asumirlo sin mi condición de socialista ni de

exministro del gobierno de la Presidenta-, pero en estos temas uno tiene que dejar el juicio de que están criticando al gobierno, porque son de oposición y viceversa.

Entonces, cuando uno dice estas cosas -a mí no me gusta y a usted le debe pasar lo mismo- que cuando sale fuera de Chile dice: -oye, Chile que lo ha hecho mal. Efectivamente, porque acá hay recursos humanos, hay profesionales y trabajadores, y nosotros somos parte del sistema de salud chileno. En verdad uno quiere que le vaya bien; no conozco a nadie que ande haciendo sabotaje para que nos vaya mal en Chile; por eso, a veces, uno es catete e insistente en las cosas que se tienen que hacer y mejorar.

En la atención primaria, la trazabilidad -vuelvo a insistir en ello, y todos lo sabemos- es fundamental, porque si esa información no es oportuna, se van a traspasar de una a otra persona los pocos o hartos contagios que hay. Por eso, esta información, a propósito de lo que le inquieta al diputado Celis, ¡claro! uno no tiene toda la evidencia, aunque tampoco se trata de que hagamos peritaje en todos lados, pero aquí, uno le está transfiriendo la confianza al gobierno y a nivel local de los municipios; por eso, hay que hablar con ellos y tienen que haber mesas técnicas de coordinación para ver si, efectivamente, el 80 por ciento, que es lo que uno exige o demanda, o que es lo que hemos incorporado como indicador de aislamiento en 48 horas de los casos que son positivos, sea efectivo, porque, si no es así, el virus va a circular y no les quepa la menor duda de que va a diseminar nuevamente con fuerza.

Por eso uno le pone tanto énfasis a este punto. Hay algunos que plantean que esto sea a través de *Bluetooth*, pero no hay mejor cosa que una trazabilidad en el contacto con las personas, o sea, golpear la puerta de la persona y decirle: -"mire, acá está confirmado, notificado". No basta el *call center*; es importante el contacto físico. Han armado un sistema de *call center*, nosotros nos juntamos con la seremi de la Región Metropolitana, nos mostraron el modelo, han avanzado, pero hay que ir a validar esa información.

Por ejemplo, brote en Punta Arenas. Ayer me comuniqué con

el presidente regional del colegio, don Gonzalo Sáez, a quien conozco, porque somos de la misma escuela de medicina, y le pregunté sobre la capacidad de contacto y de aislamiento que tienen los casos que han sido fruto de varios brotes en Punta Arenas. Él me decía que esto había mejorado mucho, pero que necesitaban mayor esfuerzo para aislar todos los casos, y ellos, en la información que sacan del informe EpiVigila -que es bastante buena y recomiendo que la lean, porque viene el detalle por comuna- muestran que se está haciendo detección del ciento por ciento de los casos.

Entonces, ¿cuál es la fe que uno tiene ahí? Tienen ubicados a los pacientes y están aislados en cuarentena, tal como tienen a los contactos estrechos. Entonces ¿puede circular el virus? Difícil que circule; ese es el tema, no es más que eso; pero en otras comunas eso no pasa. Entonces, es ahí donde hay que poner el esfuerzo. Por ejemplo, en Collipulli, a propósito de la región del diputado Celis, hay unos brotes: llamamos y preguntamos para saber qué está pasando en Collipulli; hay varios brotes que se dieron en empresas.

Si ustedes revisan el crecimiento que tuvo Collipulli en estos últimos días, verán que está creciendo sostenidamente. Entonces, ¿qué necesitamos ahí? Trazabilidad y aislamiento; eso es fundamental.

Ahora, si todos los informes que llegan nos indican que el ciento por ciento de los contagiados y de los contactos están aislados, pero resulta que el virus sigue circulando; bueno, ahí es donde empiezan a surgir las dudas. Entonces, en este tema hay que poner mucho énfasis en las próximas semanas.

Por su parte, la atención primaria -insisto- hay que reforzar los recursos, las capacidades técnicas y la capacitación. Tal como nos dijo una representante de una municipalidad de Santiago, no podemos hacer capacitación en trazabilidad a 300 personas por zoom; uno tiene que tener documentos y guías clínicas. Este esfuerzo es fundamental, porque aquí se está jugando la circulación del virus. Ahora, no digo que esto sea lo único, porque, por supuesto, está la supervisión de una conectividad que no vaya a permitir que siga diseminando el virus, y ahí el Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones tiene que jugar un rol mucho más

proactivo.

El señor **MULET** (Presidente).- Me ha llamado la atención -y usted, doctor Erazo lo repite también- el bajo rol que se le dio, desde el inicio, a la atención primaria de salud (APS). Según señala nuestro invitado la APS debió haber cumplido, desde el principio, un rol mucho más efectivo, potente y financiado, especialmente en el TTA, y así lo han afirmado también otras personas en esta comisión.

Particularmente, me llamaba la atención la voluntad que existía en mi Región de Atacama, desde el inicio, por participar activamente en la lucha contra este adversario, este enemigo, léase alcaldes, dirigentes vecinales, colegios profesionales, como Colegio Médico, de enfermeras, de matronas y de psicólogos, frente a la falta de disposición del gobierno de usar todo ese aparato, todas esas organizaciones, todos esos grupos organizados, que eran fundamentales para bajar y subir información para llegar a los territorios; eso se desechó, al menos en la Región de Atacama.

Al final, hubo que convocar una mesa, la llamada "Mesa Autoconvocada", liderada por el presidente regional del Colegio Médico, mesa en la que estaban todos con ganas de colaborar activamente, con disposición y capacidad.

A propósito de eso, de ese camino que se elige al inicio, que es distinto, quiero saber qué dice la doctrina. Usted, doctor Erazo, fue ministro y es especialista en el área, y supongo que la doctrina, los estudiosos en manejo de pandemia, respecto de la forma de bajar las líneas, este criterio tan vertical -entiendo que tiene que haber un mando- pero este criterio tan vertical, y no usar, por ejemplo, un comités amplios de crisis regionales o comunales, involucrando a la comunidad frente a este enemigo invisible -por decirlo de alguna manera-. ¿Qué dicen, doctrinariamente, los estudiosos del manejo de las pandemias? Me interesa saber, porque no sé si aquí hubo una mirada sabia o la sugerencia de la doctrina indica que debe haber participación en este tipo de epidemias. Esa es la primera consulta.

En segundo lugar quiero saber si, a su juicio, el hecho de que haya seremis o directores regionales de salud no médicos, influye al momento de una crisis o no, influye al momento de

asumir roles, como los que algunos han asumido y otros veces no.

Tengo la impresión de que algunos jefes, de estos que no tienen el cargo de médico, -una cuestión de orden cultural, creo yo-, pero quiero saber su opinión, porque creo que no contar con el título genera cierta dificultad en el uso de las pocas o muchas funciones que tienen, amén de la autoridad y liderazgo, más allá de las condiciones personales. He visto muy buenos líderes en el área que no son médicos y, al revés; pero tengo la impresión de que ello influye, y quiero saber su opinión, porque ha sido un tema que se ha discutido en otras oportunidades, a propósito de los roles que tienen en el sistema de salud los profesionales no médicos.

En tercer lugar, quiero preguntarle, doctor Erazo, sobre el plebiscito que vamos a tener el 25 de octubre. A su juicio, están las condiciones; qué cree usted que habría que hacer para asegurar los mayores niveles de participación. Me gustaría saber su opinión al respecto.

Por otra parte, lo quiero felicitar -y quiero que quede constancia en el acta-, porque al igual que el grupo de personas que trabaja en este consejo asesor -como usted, quien fue ministro de Estado de un gobierno de un signo completamente distinto, y otras personas más-, habla muy bien no solo de su calidad, sino del conjunto de profesionales que ha estado ayudando en esta tarea, sin perjuicio de las críticas que se han hecho al respecto de muy buena forma. Creo que con ello se cumple un rol de Estado muy relevante.

Finalmente, la principal lección que podemos sacar de esta comisión investigadora es ver cómo haremos los tratamientos a futuro, sea quien sea el gobierno de turno, sin perjuicio de las responsabilidades que habrá que determinar. Pero es importante decir que aquí hay una disposición democrática y generosa, cuestión que no quería dejar pasar.

Tiene la palabra el señor Álvaro Erazo.

El señor **ERAZO** (exministro de Salud).- Señor Presidente, agradezco sus palabras.

Quiero comenzar por el gesto que usted hace como Presidente de la comisión al trabajo que realizamos y hacia mi persona. Conozco a muchos de ustedes, a unos más que a otros, y creo que en materias de salud en situaciones de catástrofes como la que estamos viviendo -y no es una frase para el bronce, lo digo de verdad-, claramente, tenemos una obligación ética al respecto. Por eso los felicito por constituir esta comisión investigadora, porque le hace bien al país, cuestión que valoro enormemente.

En relación con la primera pregunta, usted tiene razón en términos de que muchas veces vemos a la atención primaria como en un nivel de atención y no como una estrategia. La atención primaria es una relación, una capacidad, un despliegue para articular la sociedad en su ámbito local y los funcionarios que se desempeñan en ella son los que mejor conocen a la personas y a las familias.

Entonces, cuando uno insiste en la atención primaria, mucha gente se queda pegada solo en el tema del consultorio y no es solo eso. La atención primaria es una respuesta sanitaria que identifica y conoce a las personas de la comuna, al igual que el nivel municipal en diversas áreas, pero en el ámbito de la salud, de los determinantes sociales y todas esas cosas -que para algunos son una lata- resultan estratégicos frente a una pandemia. Creo que ese es el gran error: no haber puesto toda la capacidad instalada en la contención de la circulación del virus.

Ahora, tampoco digo que la atención primaria lo puede hacer todo, incluso nos contaron que tuvieron pacientes hospitalizados; hay experiencias en donde aislaron a los pacientes en la atención primaria. Con esto quiero decir que la atención primaria es un hospital comunitario; por ejemplo, en las zonas rurales, los hospitales comunitarios son el eslabón que une toda la salud y, en ese sentido, es la valoración que uno hace y la consideración que se tiene sobre aquello.

En relación con la pregunta respecto de si los títulos médicos y no médicos influyen, creo que en el caso de la seremi ser profesional de salud es una condición. Lo digo sin mayor miramiento, de lo contrario, resulta difícil. Por ejemplo -ya que los economistas citan tanto a los médicos, voy a citarlos a ellos ahora-, es difícil que un economista pueda conocer con tanta sensibilidad profesional y conocimiento la salud pública en aspectos tan sensibles como la epidemiología o el conocimiento del análisis de riesgo sanitario. Ahora, puede que existan algunas excepciones, pero desde el punto de vista del perfil del cargo de autoridad sanitaria, del liderazgo que debe tener y de lo que uno quiere proyectar -y lo voy a llevar a nivel ministerial-, la posibilidad de que el subsecretario de Salud Pública no sea profesional de la salud, me suena raro; que el subsecretario de Redes Asistenciales sea ingeniero, no lo recomendaría probablemente hoy, pero podría ser.

Creo que la Salud Pública tiene cierto patrimonio, en cuanto al conocimiento y experiencia, propiamente tal. En ese sentido, necesitamos generar una profesionalización, porque hay poca gente profesional. Se ve un poco más de preocupación, de interés en formarse en ese ámbito, pero necesitamos generar una masa crítica en el mundo académico, en el campo de la Salud Pública y en la disciplina de la epidemiología en particular, porque muchas veces es postergado. Ese es un punto relevante.

Respecto del plebiscito, creo que debemos hacer el máximo esfuerzo y lo podemos lograr si trabajamos cerrando estas brechas de los temas que aún están pendientes para lograr la mayor capacidad de seguridad ante la población y poder decirles que su voto será seguro. Creo que es un esfuerzo que se puede hacer, si no cometemos errores, si actuamos precipitadamente, si no bajamos la guardia y, sobre todo, si no perdemos de vista de la magnitud de la agresividad que tiene este virus.

Hay un hecho que aún no hemos señalado, pero en los datos que tenemos de epidemiología, casi la mitad de los casos

covid-19 son asintomáticos. Por lo tanto, usted comprenderá que la búsqueda de esos asintomáticos -ya que estamos en vísperas del plebiscito- deberá ser activa; pero lo más importante es bajar y aplanar al máximo la circulación del virus, y mientras más rápido lo hagamos será mejor, porque no debemos darle tregua. Por eso, la primera ministra neozelandesa dijo: "no voy a aplanar la curva del virus, la voy a aplastar". Y lo logró con 22 millones de habitantes, no miremos a menos Nueva Zelanda; debemos aplastar la circulación del virus y ese esfuerzo debe ser denodado.

En cuanto a recomendaciones específicas, me parece que no es bueno recomendar o sugerir que los pacientes con enfermedad activa vayan a votar. No creo que sea bueno, porque eso va a generar temor en la población. ¿Cómo le vamos a explicar a la persona que no tiene un nivel de conocimientos o educación adecuados que a los pacientes de covid-19 que voten les vamos a tener una caseta especial? Hay gente que estará con otras enfermedades y que probablemente no podrá votar, pero hay que buscar algún mecanismo al respecto. Pero si las personas no sienten que hay garantías efectivas, se podría generar una sensación de desprotección.

Sin embargo, todo tiene una contraparte. Escuché a la presidenta del Colegio Médico dar buenas razones para buscar algunas otras alternativas respecto de los pacientes activos que deben votar. Por eso, el tema del PCR tiene que ser y seguir siendo una búsqueda activa, no solo en cuanto a la manera de cómo recibimos a los casos que presentan síntomas. Hay que hacer una busca activa -el gobierno lo está haciendo de manera progresiva, lo que me parece muy bien, una muy buena estrategia-, ir a buscar donde hay mayor población de riesgo y tenemos suficiente evidencia para localizarnos en zonas donde sabemos que pueden haber brotes o potenciales brotes.

Creo que vamos mejorando progresivamente y que lograremos mejores resultados, siempre y cuando se tomen medidas mucho más rigurosas en comunas conurbanas, como ocurre en la Región Metropolitana. Es más, yo me aguantaría y no soltaría otras

comunas si no tenemos indicadores duros de trazabilidad, en el sentido de que tengamos la certeza de que están bajando las cifras y que tenemos el contacto de esas personas, para ubicarlas y hacerles una encuesta epidemiológica como corresponde y, por otro lado, si efectivamente las medidas de transporte público, etcétera y, por supuesto, en las zonas rurales, el control de pequeños brotes que a veces terminan siendo un drama, como lo fue el caso de Lonquimay, que es una comuna fronteriza, que se "incendió en pocos días", y provocó una incertidumbre muy alta, porque si bien es una comuna súper aislada, hubo un brote que se diseminó de manera muy importante.

Por lo tanto, tenemos que actuar en todos esos frentes con mucha acuciosidad.

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señor Presidente, como estoy en movimiento he preferido colocar la foto, porque tuve que desplazarme a otro lugar.

Primero, por su intermedio, señor Presidente, quiero decirle al doctor Álvaro Erazo, que ha sido una presentación muy franca y directa, y de alto nivel técnico en todo lo que ha dicho.

Me sumo a todas las felicitaciones que él ha recibido hoy y porque además lo conozco de largos años y sé la dedicación que siempre ha tenido a los temas de salud pública.

Quiero consultar lo siguiente. Respecto de los criterios de desconfinamiento, en la Región de O'Higgins, a la que pertenezco y represento, Rancagua y Machalí, que configuran una conurbación, está viviendo su tercer día de desconfinamiento, y francamente percibo que vamos directamente al rebrote, porque la masividad con que la gente se ha volcado a los centros comerciales, a los lugares públicos y a trámites diversos, es una cosa realmente estratosférica. Entonces, respecto de lo que ocurre en Rancagua y Machalí, me gustaría saber el pronóstico que nos pueda dar el doctor Álvaro Erazo a la luz de estas circunstancias y, además, de que las decisiones se tomaron

muy en el límite de los umbrales de los indicadores necesarios, y qué situación prevé que pueda ocurrir en esta zona, dadas las condiciones de precariedad de las cifras y de ausencia de seremi de Salud, lo que significa una escasa fiscalización sanitaria.

En segundo lugar, quiero preguntar en torno al plebiscito respecto de cómo se puede superar la ecuación del derecho inalienable al voto, con la protección ciudadana de quienes se convoca a votar.

Hay gente que ha planteado el voto postal para aquellos casos covid-19 activos. En ese sentido, ¿cuántos son los casos covid-19 activos hoy, y porque el problema que tienen los contactos estrechos de esos casos positivos es que también están en tiempo de cuarentena? Por lo tanto, es el caso covid-19 activo más sus contactos estrechos, si les toca los días del plebiscito guardar cuarentena, ¿cómo se cautela esta ecuación? Me refiero al derecho a votar versus al derecho a la protección sanitaria, que si bien es un tema muy difícil de resolver, entendiendo que ha habido comicios electorales en otros países del mundo, en Europa y en Asia, durante estos meses.

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el doctor Álvaro Erazo.

El señor **ERAZO** (exministro de Salud).- Señor Presidente, respecto de lo que plantea el diputado Juan Luis Castro, la Región de O'Higgins y esas comunas en particular están siendo analizadas, y ese análisis debiera llevar a una intervención mucho más estricta justamente de lo que habíamos estado conversando, es decir, cómo evitar los eventuales brotes que puedan surgir ahí al momento de que aparezca un caso.

Entonces, el monitoreo es una recomendación, porque cuando uno levanta una comuna, uno tiene que pasar a una etapa de alerta máxima de sus dispositivos de detección temprana. Eso es fundamental porque si no esto se disemina nuevamente.

De todas maneras me llevo el encargo. Entiendo que el doctor Rafael Araos está precisamente viendo la situación de la Novena Región y analizando la situación de todo el país. Sin embargo, respecto de la Sexta Región, también hay una preocupación como la que plantea el diputado Juan Luis

Castro.

En relación con el tema del plebiscito, no sé si está autorizada esa opción en la legislación chilena, pero claramente por el tema de la autenticación o la identificación que establece la norma del Estado, para reconocer que al otro lado está una persona que es la persona que dice ser. Lo mejor sería lo siguiente: no es recomendable que la gente que está con la enfermedad activa vaya a votar.

Tengo la impresión que las cuarentenas son cuarentenas. Entonces, si una persona está en cuarentena, y nosotros empezamos a flexibilizar la cuarentena, esto no es una buena cosa para el sistema de salud y la protección de todos los chilenos.

Como consejo no nos hemos involucrado en el tema del plebiscito porque sabemos que hay otros organismos colegiados en ese ámbito, pero si nos consultan tendremos que preparar y ver la evidencia a nivel internacional de aquellos países que han participado en procesos electorales en escenarios de pandemia.

Agradezco a todos los parlamentarios que han tenido la paciencia para conversar.

El señor **MULET** (Presidente).- Agradezco la participación del doctor Álvaro Erazo.

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

-Se levantó la sesión a las 16:26 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor,
Jefe Taquígrafos Comisiones.