

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° 20, LEGISLATURA 367ª, CELEBRADA EN LUNES 28 DE SEPTIEMBRE DE 2020, DE 14.00 A 17.00 HORAS.

SUMA

Continuar la investigación objeto del mandato. Se escuchó la exposición del Ministro de Salud, señor Enrique Paris.

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, Frank Sauerbaum Muñoz, la diputada integrante de la Comisión señora Marcela Hernando Pérez, y el ya mencionado Presidente de la Comisión señor Jaime Mulet Martínez.

El diputado Leonardo Soto Ferrada fue reemplazado por el diputado Manuel Monsalve Benavides.

Asimismo, participaron en calidad de invitados, ambos vía remota, el Ministro de Salud, señor Enrique Paris, y el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Arturo Zúñiga.

III. ACTAS

El acta de la sesión N° 18 se da por aprobada, por no haber sido objeto de observaciones. El acta N° 19 se puso a disposición de los señores y señoras diputados.

IV. CUENTA

El Abogado Secretario de la Comisión informó que se recibieron los siguientes documentos para la cuenta:

1.- Oficio del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, por el cual remite últimos informes sobre condiciones socio económicas y de vivienda de la población, por comuna, región y a nivel nacional, en respuesta al Oficio N° 37/2020.

2.- Correo de la Asamblea Originaria por la Descolonización y la Plurinacionalidad, por el cual solicitan audiencia, a efectos de que se escuche a dirigentes de comunidades y asociaciones indígenas de todo el país, de distintos pueblos originarios, ya que consideran han sido invisibilizados en las estadísticas de COVID-19.

3.- Oficio del Ministerio de Ciencias y Tecnología, mediante el que remite diversa información solicitada por la Comisión, en respuesta al Oficio N° 50/2020.

4.- Comunicación de la Bancada del Partido Socialista, por la cual informa que el diputado Manuel Monsalve reemplazar, por esta sesión, al diputado, Leonardo Soto.

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 17.00 horas.



CARLOS CÁMARA OYARZO
ABOGADO SECRETARIO DE LA COMISIÓN

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LOS ACTOS DEL 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 PRESENCIAL Y TELEMÁTICA

Sesión 20ª, celebrada en lunes 28 de septiembre de 2020,
de 14:00 a 16:50 horas.

Preside el diputado señor Jaime Mulet.

Participan la diputada señora Marcela Hernando y los diputados señores Nino Baltolu, Juan Luis Castro, Ricardo Celis, Francisco Eguiguren, Manuel Monsalve (en reemplazo del diputado Leonardo Soto), Frank Sauerbaum y Diego Schalper.

Concurren a la sesión el ministro de Salud, señor Enrique Paris; el subsecretario de Redes Asistenciales, señor Arturo Zúñiga, y la coordinadora nacional de la Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, doctora Javiera Pacheco.

TEXTO DEL DEBATE

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

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

El acta de la sesión 18ª queda aprobada por no haber sido objeto de observaciones.

El acta de la sesión 19ª se encuentra a disposición de las señoras diputadas y de los señores diputados.

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

*-El señor **CÁMARA** (Secretario) [vía telemática] da lectura a la Cuenta.*

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Señor Secretario, ¿cuál es la organización que preside el señor que pidió ser recibido en la comisión por el tema relacionado con los pueblos originarios?

El señor **CÁMARA** (Secretario) [vía telemática].- Señor Presidente, dice: Asamblea Originaria por la Descolonización y la Plurinacionalidad.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Vamos a resolver si hay espacio para recibirlos.

Respecto de la solicitud, no tendría dificultad en recibir al alcalde de Concepción, en la medida en que comparezca después del ministro y subsecretario. De manera que si hay acuerdo y tiempo, los recibiríamos después del ministro y del subsecretario.

¿Habría acuerdo?

Tiene la palabra el diputado Manuel Monsalve.

El señor **MONSALVE** [vía telemática].- Señor Presidente, usted ha planteado una metodología con la que estoy completamente de acuerdo, en el sentido de que los parlamentarios podamos hacer las preguntas con el objeto de que después el ministro y el subsecretario puedan responderlas.

Por lo tanto, si lo tiene a bien la comisión, sugiero que demos cinco minutos al alcalde en ese mismo período, de manera que después, dentro de las preguntas que conteste el ministro, puedan estar también los planteamientos del alcalde.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- ¿Habría acuerdo respecto de la propuesta del diputado Monsalve, en cuanto a dar cinco minutos en la fase previa al alcalde de la comuna de Concepción, quien, además, va a plantear un tema que puede ser común a todas las regiones, que tiene que ver con el financiamiento de la atención primaria de salud?

En lo personal, estoy de acuerdo.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Como probablemente esta sea la última sesión en que vamos a tener al ministro y al subsecretario, la idea es, como conversamos antes de iniciar la sesión, que cada uno de los diputados presentes formule, en dos o tres minutos, algunas consultas al ministro, para que se circunscriba a aquellas cuestiones específicas y no a cuestiones más genéricas, sin perjuicio de las que él quiera señalar, obviamente.

Entonces, vamos a hacer esa inversión para hacer mejor uso del tiempo, de los temas y de las dudas que hay en torno a esta comisión que ya está entrando en su fase final.

Además, informo que un asesor que trabaja conmigo, Javier Palominos, se va a contactar con los asesores de ustedes a fin de empezar a preparar las posibles conclusiones del trabajo de la comisión. He pedido a este abogado que coordine ese trabajo.

Por último, informar que revisamos hasta el jueves recién pasado todos los oficios solicitados al Ministerio de Salud y a las subsecretarías, trabajo que hizo precisamente mi asesor, y de quince oficios despachados solo cuatro han sido contestados por el ministerio o por las subsecretarías, y uno de ellos en forma parcial.

Eso significa que el ministerio solo ha respondido el 26 por ciento de los oficios despachados. Desde el 25 de junio, no hay ninguna respuesta.

Entonces, si están las autoridades presentes les informaré que aún hay oficios pendientes, de lo contrario, haré presente esta situación al propio ministro cuando se integre a la comisión, lo cual es grave, porque son muchas respuestas pendientes por oficio.

Eso es lo que tenía que señalar. Estamos de acuerdo en cambiar la metodología de preguntas al ministro.

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis) [vía telemática].- Señor Presidente, quiero aclarar una duda.

En una sesión pasada se acordó citar a la exjefa de gabinete del ministro Mañalich, Itziar Linazasoro, y a la exjefa del Departamento de Epidemiología del Minsal por el tema del registro de casos.

No sé para cuándo quedó la comparecencia de ellas. Es lo que quería consultar.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Para el jueves, diputado.

Como se nos corrió la sesión que teníamos programada para el jueves con el ministro de Salud y el subsecretario, estas dos personas deberían ser prioridad para ese día. Además, se va a invitar al exministro Mañalich para la sesión siguiente.

Entonces, hay que citar para el jueves a estas dos funcionarias públicas -hago el encargo de inmediato al señor Secretario-, y si hay espacio, al señor que pidió comparecer a través del oficio.

No entendí bien su contenido, así que lo voy a revisar.

El señor **CÁMARA** (Secretario) [vía telemática].- Señor Presidente, para precisar la información.

El representante de esta organización se llama Ariel León Bacian, que pide ser recibido en nombre de la Asamblea Originaria por la Descolonización y la Plurinacionalidad.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- ¿Cuál es el enfoque del oficio? ¿Que ellos no han sido considerados como pueblos originarios, a propósito de la pandemia? ¿Algún enfoque distinto a esa idea?

El señor **CÁMARA** (Secretario) [vía telemática].- Se trata de tres párrafos. Si usted prefiere, los leo.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Léalos, por favor. Para resolverlo de inmediato.

El señor **CÁMARA** (Secretario) [vía telemática].- Señor Presidente, dice:

"Junto con saludar cordialmente, le escribo a efectos de solicitar, por su intermedio, a la honorable comisión investigadora, se le reciba en una sesión para tratar la situación de los pueblos originarios ante la pandemia del covid-19.

"A nuestro juicio, tal situación es extremadamente preocupante y echamos de menos las medidas especiales que ordena el artículo 5° del convenio 169 de la OIT, como las medidas adecuadas que dispone el artículo 1° de la Ley Indígena, ley N° 19.253.

"Existen testimonios de ello en todo el país, pues no solo hay pobreza estructural, determinante social en salud, sino que ausencia de estadísticas obligatorias respecto de los pueblos originarios, de aplicación de programas vigentes de mediación intercultural y de protocolos especiales de atención en salud, entre otras materias.

"Es por ello que le solicitamos audiencia, a efectos de que se escuche a dirigentes de comunidades y asociaciones indígenas de todo el país, de distintos pueblos originarios,

con las cuales nuestra organización ha trabajado este tema, desde Arica y Parinacota hasta Magallanes.

"Para ello, disponemos de testimonios de hermanos y hermanas indígenas de todo Chile, a efectos de ilustrar a la comisión la realidad que viven los distintos territorios".

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Me queda claro el contenido, señor Secretario.

Por lo menos, vamos a hacer el esfuerzo de citarlos.

Hay un enfoque de los pueblos originarios que, obviamente, debemos respetar y promover.

Después de las dos citas e invitación, los invitaríamos a ellos; por lo tanto, accederíamos a la solicitud.

Secretario, ¿llegaron el subsecretario y el señor ministro a la sala virtual?

El señor **CÁMARA** (Secretario) [vía telemática].- Están conectados en su despacho, pero aún no los veo.

Señor Presidente, antes de comenzar la intervención del ministro, quiero informar que llegó una comunicación de la bancada del Partido Socialista, en la cual se informa la presencia del diputado Manuel Monsalve en reemplazo del diputado Leonardo Soto, para que lo podamos dejar incorporado en la Cuenta.

Necesito el acuerdo de la comisión -una formalidad nada más-, para que el diputado Monsalve quede en calidad de miembro por esta sesión.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- ¿Habrá acuerdo?

Acordado.

El señor **CÁMARA** (Secretario).- Señor Presidente, me está llegando una comunicación.

El señor **MULET** (Presidente).- Señor Secretario, le pido que vea la comparecencia del ministro.

El señor **CÁMARA** (Secretario).- Sí. Exacto. Me está llegando la comunicación del asesor del ministro que dice que necesitan unos minutos para conectarse a la sesión.

El señor **MULET** (Presidente).- Perfecto. Esperemos unos minutos.

Vamos a dar el uso de la palabra, dos o tres minutos a cada

diputado, para que le formulen preguntas al ministro.

¿Quién quiere hacer uso de la palabra, primero? Juan Luis Castro.

Don Ricardo Celis, ¿va a hacer consultas específicas al señor ministro? Sí, también.

Entonces, Juan Luis, Ricardo. ¿Nino Baltolu? Bueno, para ir ordenando.

Nino Baltolu, buenas tardes.

El señor **CÁMARA** (Secretario).- Señor Presidente, solo para ilustrar a la Comisión, me dice el asesor del ministro que a las 14:30 horas van a conectarse. En este minuto, van desde calle Merced con San Antonio, en auto, hasta el despacho del ministro. Están en camino desde el punto de prensa que estaban dando, pero están a minutos de llegar, dicen.

El señor **MULET** (Presidente).- Perfecto.

Se suspende la sesión hasta las 14:30.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Continúa la sesión.

Señor ministro, le damos las gracias por asistir a la comisión. Le comento que esta investigación se encuentra en su fase final y entiendo que tenemos plazo hasta el 20 de octubre para emitir el informe. Entonces, como nos interesa hacer algunas precisiones, hemos cambiado un poco el formato. La idea es que cada uno de los señores diputados, en dos o tres minutos, pregunten sobre los temas específicos que quieren que usted aclare respecto de la información que el Ministerio y usted han entregado. De esa manera hacemos más fáciles los temas que interesan a la comisión, sin perjuicio de que usted, después de contestar, se refiera a otros aspectos que le parezcan relevantes, a objeto de que nuestro trabajo sea más efectivo y enfocado. Eso fue lo que acordamos. Entonces, pido que ocupemos dos o tres minutos para las preguntas, a fin de que no se transformen en una explicación tan larga.

Tiene la palabra el ministro Paris.

El señor **PARIS** (ministro de Salud) [vía telemática].- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a todos los diputados y las diputadas. Además, comunico a todos los parlamentarios

que estamos haciendo un esfuerzo muy grande este año. Por lo que he revisado, en el Ministerio de Salud hemos recibido 1.844 oficios de parlamentarios, de los cuales hemos respondido 709 hasta el momento. En los últimos meses, hemos dado respuesta a una gran cantidad de esos 709, quedando todavía por responder 469 oficios, para lo cual se requieren los vistos buenos de algunos departamentos del Ministerio. Quiero ratificarles que estamos trabajando con mucha intensidad para responder todos los oficios pendientes.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Señor ministro, antes de que usted ingresa a la Sala virtual, hice un alcance a propósito de los oficios que ha solicitado la comisión investigadora y de todos los que no han sido respondidos. Entonces, los vamos a reiterar para que ustedes le den prioridad, ya que la comisión está concluyendo su trabajo y es muy importante que eso quede cubierto. Hemos enviado 15 oficios al Ministerio, incluidas ambas subsecretarías, pero hasta el jueves se habían respondido solo cuatro de ellos. Desde luego, señalaremos cuáles son los pendientes para que les den prioridad. Entiendo que ustedes tienen una carga de trabajo relevante, pero considero que la comisión investigadora debiera tener prioridad en el marco del trabajo.

El señor **PARIS** (ministro de Salud) [vía telemática].- Me comprometo a eso, señor Presidente.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Muchas gracias, señor ministro. Agradecemos su disposición.

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis) [vía telemática].- Señor Presidente, en cuanto a la evolución de la pandemia, da la impresión de que estamos en una etapa de cierto aplanamiento de carácter endémico respecto de la presencia del virus en el país y en general con algunas zonas de mayor rebrote.

En ese sentido, me gustaría que el ministro ahondara un poco más en torno a lo que distintas voces autorizadas u oficializadas y el propio Ministerio han señalado sobre la combinación de positividad, que, sin duda, es un indicador muy valioso y entiendo que está bajo 5 respecto del a nivel promedio nacional, pero que tiene muchas variantes según las

regiones de las que estamos hablando. Sin embargo, también se ha señalado que el R_e (número de reproducción efectivo), que es un indicador de transmisión, a lo menos en casi la mitad de las regiones estaría en un proceso creciente, es decir, algo más de 1. Eso, combinado con la tasa de incidencia de casos nuevos, también es un factor que está afectando.

¿Qué quiero decir con esto? A mi juicio, es muy importante señalar al ministro que en cuanto a la tendencia de lo que viene para el último trimestre, es decir, los meses de octubre, noviembre y diciembre, con un plebiscito de por medio y todo lo demás y con cuarenta y tantas comunas en cuarentena y otras en distintas etapas, todavía hay hechos o situaciones de alta preocupación en Magallanes, ubicada en el extremo sur del país, pero también en muchas otras zonas geográficas, cuyos habitantes están viviendo en condiciones muy difíciles.

En el caso de Rancagua, comuna que es capital regional y cuya región represento en esta Cámara, hoy es la quinta ciudad de Chile con más casos activos y está viviendo una situación de incertidumbre sin estar entre las más críticas del sur, pero sí en una posición difícil.

Entonces, ¿cómo se compatibilizan los indicadores que se usan para medir las fases en que entra cada ciudad?

Me refiero al R_0 efectivo, la positividad, la tasa de incidencia, en definitiva todo lo que se conjuga para determinar qué comunas entran o salen o pasan de una etapa a otra en los distintos lugares.

¿Cuál es el criterio que se está adoptando? Porque no siempre se tiene clara la causa para tomar la decisión política de colocar a las localidades bajo determinadas condiciones más restrictivas.

En segundo término, desde que asumió la cartera hasta ahora, después de tres meses y medio, ¿cuáles son los cambios en trazabilidad? Porque en ese instante se reconoció que era uno de los aspectos más débiles de la estrategia sanitaria.

¿Qué ha cambiado en estos tres meses y medio para lograr tener visiblemente una trazabilidad mayor de la que existía?

Entiendo que tenemos un alcance de hasta tres contactos estrechos promedio por caso positivo, y que hay otros países

o lugares donde las cifras de pesquisa de esos contactos son de mucho mayor alcance.

Me parece que ese es un punto sensible que nos afecta y debiéramos colocarlo, en cuanto a los recursos financieros, y cómo ha mejorado a ese respecto la atención primaria. Hay temas que van a surgir respecto de los programas para sostener en los meses que vienen trazabilidades razonables respecto de cada caso positivo.

Esas son mis dos líneas de preguntas, sobre el estado de la pandemia y los indicadores que se están considerando para el plan Paso a Paso.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Muchas gracias, señor diputado.

El señor **PARIS** (ministro de Salud) [vía telemática].- Señor Presidente, vamos a escuchar todas las preguntas y después las responderemos con la presentación que va a llevar a cabo la doctora Javiera Pacheco, coordinadora nacional de estrategias de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, TTA, y si alguna de ellas no se ha respondido, las responderé yo.

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

El señor **CELIS** (don Ricardo) [vía telemática].- Señor Presidente, quiero consultar al ministro por qué no se está informando a la población, como sugirió la Contraloría, la cantidad de personas fallecidas que señala el DEIS.

El DEIS tiene un números distintos respecto de los informes diarios y en su momento eso trajo consigo suspicacias respecto de que no se estuvieran dando la información adecuada a la población ni tomando las decisiones adecuadas.

¿Por qué no se está informando? Cuándo el ministro, o quien corresponde, entrega la información diaria, ¿la hace llegar a los seremi o reciben la información del DEIS para tomar decisiones?

Sé que las decisiones son centralizadas, pero hay acciones locales que tienen que ver con la información que se está recibiendo en el día a día o que se recibía día a día.

Por otra parte, y vinculado a lo que señaló el diputado Juan Luis Castro, dicen la Organización Mundial de la Salud y los organismos internacionales que por cada caso PCR positivo

debiera haber a lo menos 10 personas de contacto en lo que respecta a trazabilidad.

Desde que comenzó a descender la tasa de incidencia, ¿qué ha determinado que no podamos tener una trazabilidad más allá de 3,1 y avance hacia los 10 que debiéramos tener?

Por último, quiero preguntarle al ministro acerca de un juicio que emitió cuando dijo que el ministro Mañalich había sido visionario.

¿Qué es lo visionario que tuvo el ministro Mañalich que le ha permitido hacer esa afirmación?

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

El señor **EGUIGUREN** [vía telemática].- Señor Presidente, saludo y felicito al ministro.

En mi región, La Serena y Coquimbo salieron de la cuarentena y esperamos seguir portándonos bien para tener buenas noticias para toda la región, porque como bien decían, la cuarentena tiene un lado negro y muy cruel que es el tema de las pymes, del comercio, del negocio, del trabajo de mucha gente.

Mi pregunta es muy concreta. A estas alturas del partido me gustaría que diese cuenta de la estrategia de trazabilidad que ha implementado. ¿Cuáles son los resultados? ¿Qué nos puede contar al respecto y cómo se ha comportado la atención primaria en general en el país?

¿El comportamiento de las regiones ha sido el usted esperaba? ¿Responde a sus expectativas? ¿Cómo ha sido el trabajo de la atención primaria durante toda su gestión respecto de lo que ya se había hecho?

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Tiene la palabra el diputado Manuel Monsalve.

El señor **MONSALVE** [vía telemática].- Señor Presidente, por su intermedio saludo al ministro Enrique Paris.

En la Región del Biobío, de 1.600.000 habitantes cerca de 1 millón se encuentra en cuarentena, lo que demuestra la gravedad de la situación. En torno a ello, quiero plantear tres preguntas.

Los alcaldes de la región denunciaron esta semana el término del financiamiento en octubre -es probable que el de

la ciudad de Concepción, Álvaro Ortiz, pueda expresarlo en esta sesión- de dos programas dirigidos a la atención primaria. Uno de ellos, el denominado Programa de Hospitalización Domiciliaria, a través de los cuales los servicios de salud contratan directamente equipos, médicos, enfermeras, kinesiólogos que son contratados directamente por el Servicio de Salud, pero prestan sus servicios en la atención primaria de salud municipal. Ellos visitan a los pacientes Covid-19 positivos y a sus contactos, hacen encuestas epidemiológicas, hacen test de PCR, otorgan licencias médicas, notifican a Epivigila, o sea, en la práctica desarrollan labores de trazabilidad.

Entonces, mi pregunta es si resulta pertinente en este momento -debo suponer que esta situación puede abarcar a todos los municipios de Chile- que el Ministerio de Salud ponga término a un programa de apoyo a la trazabilidad en la atención primaria de salud municipal.

¿Se está haciendo lo mismo en todas las regiones de Chile?
¿Está ocurriendo solo en la Región del Biobío?

El segundo aspecto es que también se está terminando con la transferencia de recursos para un segundo programa de atención primaria municipal que se llama Visita Domiciliaria Integral, donde los profesionales son contratados directamente por el municipio y atienden a domicilio a pacientes no Covid-19, o sea, a los adultos mayores que están en aislamiento producto de las cuarentenas; pacientes del Programa de Salud Cardiovascular, pacientes postrados, que como todos sabemos, hoy no puede recibir la atención de la misma manera que la recibían en tiempos normales.

El Parlamento aprobó el 2 por ciento constitucional en marzo para destinar recursos adicionales al Ministerio de Salud.

En el marco del Fondo Covid-19 de los 12 mil millones se acordó entregar 400.000 millones de pesos para que el Ministerio de Salud pudiera disponerlos a la atención primaria.

Entonces, ¿qué razón económica o sanitaria justifica el término de esos programas?

Voy a dar el caso de la Región del Biobío que tiene un

millón de ciudadanos en cuarentena y que es la segunda región que tiene peores resultados en materia de trazabilidad.

¿Cuál es la razón que tiene el ministerio para que tome esta decisión?

Ministro, me gustaría que contestara. Solo le digo que me parece que no hay razón sanitaria ni económica, por lo tanto, desde ya, además de que pueda responder, le pido que revierta esa decisión.

Mi segunda pregunta es bien específica, ya que va a estar la encargada de trazabilidad. La Región del Biobío ha mantenido persistentemente bajos resultados en materia de trazabilidad, por lo que me gustaría saber qué es lo que explica esa baja de resultados en materia de trazabilidad. Hoy, en materia de aislamiento de contactos, en menos de 48 horas, tiene 73 por ciento, que es uno de los resultados más bajos de todo Chile.

¿Cuáles son las razones para que la Región del Biobío, en particular durante todo este tiempo, previo y durante la cuarentena, los resultados de trazabilidad sigan siendo bajos? ¿Faltan recursos? ¿Falta personal? ¿Cuál es el problema?

Por último, quisiera que la comisión pudiera pedirle al ministro responder formalmente, por oficio, sobre la situación del proyecto MAPA. Este es un proyecto de modernización y ampliación de la planta de celulosa Arauco, ubicada en la comuna de Arauco.

Ministro, como usted sabe, estamos en cuarentena, y ¿quién puede salir de las comunas en cuarentena? Solo los que cumplen labores esenciales, ¡solo los que cumplen labores esenciales! Esto no está siendo aplicado para quienes trabajan en el proyecto MAPA, que es un proyecto no esencial y, por el cual, se trasladan 2.500 personas de distintas comunas que están en cuarentena; estas personas salen de la cuarentena para ir a trabajar al proyecto MAPA. La pregunta es: ¿cuál es la razón sanitaria y legal que esgrime la autoridad sanitaria para permitir que una actividad, que no es esencial, pueda desplazar a sus trabajadores de todas las comunas de la región a un solo punto? 2.500 personas se juntan en el proyecto MAPA, personas que vienen de Hualpén,

de Los Ángeles, de Chiguayante, de Lebu, de Lota y de Coronel. La autoridad permite que todas esas personas -2.500- se junten en un solo punto, en un solo espacio, y que después vuelvan a sus casas.

Por lo tanto, la pregunta es: ¿Por qué una pequeña empresa que prestaba servicios fuera de la comuna no puede salir porque no es actividad esencial, y el proyecto MAPA sí? ¿Qué lo justifica? ¿Cuál es la razón sanitaria y legal?

Por consiguiente, pido, señor Presidente, que pudiéramos acordar que el ministro responda, de manera escrita y formal, las razones sanitarias y legales que justifican este trato absolutamente arbitrario.

Ministro, por su intermedio, señor Presidente, un tercio de los casos positivos de la provincia de Arauco tiene su origen en el proyecto MAPA.

Resumiendo, respuesta formal respecto de las razones sanitarias y jurídicas de este trato completamente inexplicable; y, segundo, cuántos casos positivos, en la Región del Biobío, tienen su origen en el proyecto MAPA. Es decir, ¿cuál es el impacto epidemiológico de haber mantenido esa actividad, en el marco de la situación de la Región del Biobío?

Insisto, respuesta por escrito, porque esto es algo que podría tener efecto en el aumento de contagios en la Región del Biobío y, eventualmente, en las muertes producto de no aplicar, de manera rigurosa, las limitaciones que tiene la cuarentena y permitir desplazarse a personas que no cumplen labores esenciales, lo que tiene efecto sobre la salud y sobre la vida.

No encuentro cuál es la explicación que el Ministerio de Salud pueda dar al respecto. Por eso, es muy importante que la comisión pida formalmente los antecedentes.

He dicho.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Perfecto, usted podrá pedir un oficio, pero el ministro también tendrá derecho de contestar, de manera que si no lo hace, podremos pedir el oficio.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

Haré un par de preguntas y con eso terminamos.

Ministro, en un reportaje de un medio de comunicación se indica que de los datos emanados desde el Ministerio, el coronavirus puede ser hasta cuatro veces más mortal en algunas comunas que en otras, dentro de la realidad de la Región Metropolitana. Me refiero, específicamente, a un reportaje del periódico digital Interferencia, en el que se señala que es cuatro veces más mortal en Cerro Navia que en Vitacura.

Primera consulta, ¿es efectiva esa afirmación? Segundo, si fuese efectiva, ¿cuáles son las medidas y de qué manera el Ministerio toma medidas, ya sea de origen económico o sanitario, para no producir ese hecho tan deplorable de vulnerabilidad, por razones socioeconómicas, urbanísticas, habitacionales o de hacinamiento? ¿Qué se estaría haciendo para evitar ese tipo de situaciones, de suyo, por definición, absolutamente injustas y que pueden costar la muerte cuatro veces más en una comuna que en otra? De ser efectivo, entiendo que se han tomado medidas al respecto y quisiera saber cuáles son.

Respecto del tema de los oficios que faltan, lo planteé. El ministro se comprometió a enviarlos y le haremos llegar cuáles son los que faltan.

Por otra parte, hay un informe de Lancet Commission, presentado en la septuagésima quinta Asamblea General de Naciones Unidas, en el que Chile figura un puesto más arriba de los países con muy alta transmisión del virus. La verdad es que nuestro país está en una posición bastante débil en un conjunto de países, somos penúltimos en el grupo de países con más problemas, a punto de pasar al grupo más malo, de cerca de 6 o 7 grupos.

Este es un informe de Lancet Commission, presentado en la septuagésima quinta Asamblea General de Naciones Unidas que tuvimos en septiembre.

Por lo tanto, ¿cuál es la autocrítica del ministerio? ¿Comparte el informe o no? ¿Cuál sería la autocrítica en relación con estos datos, que son datos comparados con los de un conjunto importante de países? Chile figura bastante mal en ese *ranking*, en la posición 80 de 91 países analizados.

La otra duda que tengo es si el estado de catástrofe, con las restricciones de libertades que hay y que se prorrogó nuevamente, ¿es estrictamente necesario? Con las medidas de orden sanitario y otro tipo de atribuciones, ¿se podría no tener el estado de catástrofe? Hago la pregunta, porque el estado de catástrofe restringe otras libertades.

¿Es estrictamente necesario seguir con el estado de catástrofe o se podría evitar el estado de excepción constitucional de catástrofe?

Es una observación; a lo mejor, bastarían las medidas de orden sanitario del Ministerio.

Una última pregunta, a propósito de otras investigaciones que señalan que la compra de trato directo ha aumentado de manera exponencial en el Ministerio de Salud, en relación a 2019. Sin desconocer que el trato directo es una forma absolutamente [...] quienes observan, por parte de un organismo bien prestigiado que el Observatorio Fiscal "que habría falta de control sobre las justificaciones que da la autoridad para recurrir a esta forma de compra".

No sé cuál es la respuesta que podría dar, ministro.

Tiene la palabra, hasta por 3 minutos, el alcalde de Concepción. Luego, tiene la palabra el señor ministro.

El señor **CÁMARA** (Secretario) [vía telemática].- Señor Presidente, el alcalde aún está en proceso de conexión.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Tiene la palabra el ministro Paris.

El señor **PARIS** (ministro de Salud) [vía telemática].- Señor Presidente, como dije al comienzo, la coordinadora nacional de estrategia de trazabilidad y aislamiento, doctora Javiera Pacheco, iba a hacer una presentación que respondía casi todas las preguntas; sin embargo, hay varias que deberé contestar yo, porque no corresponden al tema de testeo, trazabilidad y aislamiento.

En primer lugar, en cuanto al tema que ha planteado el diputado Ricardo Celis, quiero decir que no es efectivo lo que él afirma, porque lo que nosotros informamos día a día son los resultados de defunción según el DEIS, no informamos cifras diferentes del DEIS. Eso lo comenzamos a hacer durante las modificaciones que hicimos en la comunicación de datos.

Hay que recordar que al comienzo sí había una elaboración de datos un poco diferente, pero siempre basándose en el DEIS. A partir del 9 de junio se hizo el primer cambio metodológico y el 19 de julio un segundo cambio, por lo que informamos día a día, cuando se hace el informe epidemiológico, el reporte diario, con las cifras solamente del DEIS.

Pasa lo siguiente: al principio se informaba con las cifras del DEIS respecto de los fallecidos, solo aquellos que tenían en el certificado de defunción el diagnóstico de coronavirus, más un PCR positivo. Después, se agregó el caso de los pacientes que en el certificado de defunción tenían el diagnóstico de neumonía grave, neumonía viral, neumonitis viral, en fin, más coronavirus, con resultado positivo.

Lo que reporta aparte el DEIS dos veces por semana -puede que ahí esté la confusión- son los casos sospechosos, que otros países están comenzando a reportar recién ahora. Esos casos sospechosos son aquellos que no tienen PCR positivo, o sea, tienen un cuadro pulmonar grave -los médicos de la comisión lo saben- que podría ser obviamente coronavirus, sin lugar a dudas, pero que no tienen la confirmación diagnóstica. Eso también lo transparentamos y lo estamos informando dos veces por semana, información que también viene del DEIS, obviamente.

Pero las cifras de fallecidos y las cifras de casos diarios que damos día a día -ahora vengo de la conferencia de prensa- son cifras del DEIS. De hecho, hoy estuvo presente en la conferencia de prensa el jefe del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. Por lo tanto, quiero dejar eso bien claro, porque no hemos hecho ningún cambio en ese sentido.

Respecto de la pregunta del diputado Manuel Monsalve, el doctor Carlos Grant ayer desmintió esa afirmación. De hecho, yo mismo me preocupé y lo llamé para decirle que, por favor, aclarara esa situación. Incluso, él filmó anoche un video en la Radio Bío-Bío, que fue la que dio la noticia, y espero que lo comparta, así como compartió la noticia negativa, que también comparta la noticia correctiva, en este caso, de que no es verdad que se vayan a disminuir esos recursos.

De todas maneras, se están destinando 8.000.000.000 más

para la atención primaria. Lo que hemos hecho es autorizar a la atención primaria a que redestinen recursos que no pudieron utilizar, porque, como saben, hay muchas consultas que no se hicieron, muchos procedimientos que no se han hecho, por lo que hemos autorizado, obviamente con el visto bueno de la Contraloría, que se redestinen esos dineros para el programa de visita domiciliaria, atención domiciliaria -no es lo mismo visita domiciliaria que hospitalización domiciliaria- y continuar con el programa de testeo.

Si es necesario, lo voy a volver a aclarar.

El señor **MONSALVE** [vía telemática].- ¿Los dos programas continúan, el de visita y el de hospitalización domiciliaria?

El señor **PARIS** (ministro de Salud) [vía telemática].- Los dos programas continúan, y los alcaldes van a poder redestinar recursos que no están ocupando en otros programas, que no han podido ocupar porque la gente no va o porque no hay controles o porque no han podido gastar ese dinero en ese tipo de acciones.

Además, como dije, se destinaron 8.000.000.000 de pesos más para atención primaria, que comenzarán a ser entregados dentro de los próximos días, como me dice el subsecretario de Redes Asistenciales, que está junto a mí. De todas maneras, si hay algún alcalde o algún municipio que necesite mayor apoyo, estoy dispuesto a escucharlo. Me he reunido con muchos alcaldes, de norte a sur, Magallanes, Chiloé, Santiago, en fin, para tratar de ayudarlos, porque para mí es fundamental la atención primaria en la trazabilidad.

Con el Proyecto MAPA, en parte estoy en acuerdo con usted, porque ellos están haciendo un test rápido para tratar de determinar quién es portador y quién no. Incluso, estaba hablando con la doctora Pacheco respecto de lo mismo y voy a revisar la estrategia, porque creo que deberíamos exigirles PCR, que fue lo que hicimos en el Hospital de Ancud, donde pasó lo mismo.

Por tanto, todo trabajador que venga desde fuera del lugar donde trabaja debe tener PCR negativo para poder entrar a la región donde va a trabajar. A veces se trata de trabajadores especializados que no se encuentran en la misma región donde se está construyendo la obra; estoy hablando en general, no

solo del Proyecto MAPA. Entonces, hemos ido entendiendo que es mucho más importante que vayan con PCR; los test rápido miden antígenos y anticuerpos, sabemos que sirven para los estudios poblacionales, pero no nos dan seguridad.

Me voy a preocupar de eso, y le voy a responder por oficio la pregunta que me formuló sobre si alguno de esos pacientes positivos que han salido han incidido en el aumento de casos o en la mortalidad, lo cual es mucho más difícil de correlacionar, como muy bien sabe el diputado.

El señor **MONSALVE** [vía telemática].- Si me permite una precisión, esta es una labor no esencial. Por tanto, la pregunta es por qué se permite a miles de trabajadores salir de comunas en cuarentena para ir a cumplir una labor no esencial.

Respecto del PCR, hay que recordar que tiene un 30 por ciento de falsos negativos, por lo que tampoco es una garantía total y absoluta de no constituir un foco que amplíe el contagio de la enfermedad.

Como esto me parece un hecho grave, solo quiero dejar constancia de ello.

El señor **PARIS** (ministro de Salud) [vía telemática].- Doctor Monsalve, el PCR es lo único con lo que podemos contar para hacer el diagnóstico, todos sabemos que los exámenes tienen falsos negativos y falsos positivos. Entonces, no podríamos hacer ningún examen de PCR al resto de los pacientes.

El señor **MONSALVE** [vía telemática].- Pero en este caso están dejando funcionar a una empresa que cumple una función no esencial.

El señor **PARIS** (ministro de Salud) [vía telemática].- Todavía no he llegado a ese punto. Le dije que coincido en parte con su crítica, pero eso se lo voy a responder por oficio, cuando tenga clara la situación correspondiente. Estoy absolutamente llano a discutir esa situación, de todas maneras.

Respecto de la pregunta del Presidente de la Comisión, don Jaime Mulet, usted sabe que si uno hace una licitación en una situación de pandemia y se demoran 60 días en llegar -voy a inventar-, los mismos test o un medicamento que es sumamente

necesario, obviamente, no podemos esperar, porque eso puede causar la muerte de personas.

Entonces, es verdad que han aumentado las compras por trato directo, porque ha sido necesario, fue necesario. Acuérdesse de los problemas que tuvimos al inicio con los EPP, elementos de protección personal. Afortunadamente eso ya está solucionado.

En cuanto a la publicación de The Lancet, que la tengo acá porque también me llamó la atención, es un trabajo de una comisión que se formó para la sesión 75ª de las Naciones Unidas, pero que tiene datos atrasados, porque obviamente se publicó en septiembre; sin embargo, contiene información que va desde julio a agosto, y en ese momento Chile estaba en la quinta categoría -en eso tiene razón-, pero tiene datos que hablan de la cantidad de nuevos casos por millón de habitantes por día. En ese momento, sí estábamos en un lugar bastante alto, porque esto es al revés, mientras más casos, es más alto, pero en el *ranking* está más bajo.

Afortunadamente, eso ha ido mejorando. Les recuerdo que el *peak* de casos en Chile fue entre el 13 junio y el 13 de julio y en agosto comenzó a bajar. Con esto no quiero justificar nada, solo aclarar que se trata de una publicación que respeto, porque está en The Lancet, que es muy importante. Pero más importante que los números, esta publicación tiene una serie de recomendaciones que para mí, como ministro de Salud, son importantes las diez acciones prioritarias que deben tomar los gobiernos para evitar la diseminación del virus y les aseguro que estamos tratando de cumplirlas, en la medida de lo posible, pero es una publicación muy importante y muy interesante.

Respecto del estado de catástrofe, lo voy a consultar y lo voy a responder por oficio, porque no es mi especialidad, no conozco la parte legislativa, en ese sentido, pero si no estuviéramos en estado de excepción, por ejemplo, no podríamos decretar cuarentena, eso está dentro del Código Sanitario. Eso lo voy a contestar por oficio.

En la presentación de la doctora Javiera Pacheco, espero que de ahí salgan las respuestas de todas las preguntas, sobre todo, la primera que hizo el diputado Juan Luis Castro,

que tiene que ver con la combinación de positividad y R efectivo, lo que en realidad tiene que ver con trazabilidad, que es el tema que investiga la comisión.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- A usted, señor ministro.

Tiene la palabra, vía telemática, la doctora Javiera Pacheco.

La señora **PACHECO** (doña Javiera) [vía telemática].- Señor Presidente, saludo a todos los diputados que se encuentran presentes en esta comisión.

Soy la doctora Javiera Pacheco, encargada como coordinadora nacional de la Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, desde que esta se implementó, desde agosto en adelante.

La segunda parte de la presentación da respuesta a la mayoría de las preguntas que los diputados han realizado.

Las primeras diapositivas las voy a pasar muy rápidamente para que podamos ir a la parte de la evolución de la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento desde su implementación hasta la fecha.

Como bien se sabe, una de las cosas que nos ha relevado esta emergencia de salud pública es la importancia de actuar en los determinantes sociales de la salud y potenciando el trabajo intersectorial.

Dentro de los objetivos del plan nacional de las acciones de testeo, trazabilidad y aislamiento, el objetivo mayor es testear a todos los casos sospechosos de covid-19, y aislar rápidamente a los confirmados, sospechosos y probables, y sus contactos estrechos, potenciando la coordinación entre los equipos de la seremi de los servicios de Salud y de la atención primaria de salud. En esta parte es clave el concepto de trazabilidad, ya que nos permite identificar de manera temprana a todas las personas que tuvieron contacto con este caso y realizar su aislamiento y seguimiento.

Tenemos seis objetivos específicos planteados en torno al protocolo, ustedes lo pueden revisar, porque está publicado en la página del Ministerio de Salud, pero principalmente va acotado a lo que es el pilar de testeo, aumentando la

cobertura de la PCR, tanto a nivel de la atención médica como a nivel de la búsqueda activa de casos; disminuir el tiempo entre el resultado del examen y la investigación epidemiológica que se hace del caso; aislar rápidamente a todos los casos sospechosos y sus contactos; aumentar las medidas de fiscalización para asegurar la cuarentena y aislamiento seguro; potenciar el seguimiento de los casos y de sus contactos estrechos, finalmente, identificar y aislar a los contactos estrechos de manera precoz.

Para eso se ha organizado distintos equipos en los distintos niveles del territorio. A nivel del Minsal hay un equipo coordinador que supervisa y acompaña a nivel nacional, esta estrategia, de la cual soy la encargada; a nivel de las regiones existe un espejo de este equipo, conformado por los seremi de Salud, los servicios de salud y las APS; a nivel comunal participan los municipios y los centros de salud de manera de conformar un equipo de avanzada territorial, que es el que planifica todos los operativos de búsqueda activa en torno al testeo y, a la vez, existe un grupo de investigación epidemiológico que es el que traza y aísla.

En la diapositiva siguiente se muestra el flujo, en resumen, de cómo se hace toda la estrategia, desde que implementamos la estrategia de búsqueda activa de casos en torno al pilar de testeo. La entrada a este flujo no solo se produce porque un paciente con síntomas consulta al médico, sino que también por todas las personas que testeamos con PCR y confirmamos su diagnóstico.

Una vez que se confirma el diagnóstico o se sospecha de que puede ser un caso covid-19, debemos indicar inmediatamente aislamiento, y para ello el encargado es el delegado de epidemiología o el coordinador covid-19 que existe en cada uno de los centros de salud de atención primaria. Para esto se coordina su traslado a hospitalización, si es que la requiere dado su gravedad; a una residencia sanitaria, si es que no cuenta con las medidas necesarias para hacer una cuarentena segura y efectiva o a su domicilio, si es que cuenta con ella.

Una vez que se indica este aislamiento, se investiga y se sigue el caso. El primer llamado de investigación es muy

importante para definir dónde, cuándo y cómo se contagió la persona y, a la vez, también identificar todos sus contactos estrechos y corroborar que cuente con las medidas efectivas para hacer un aislamiento seguro. Una vez identificado todos los contactos estrechos, también se debe hacer el primer llamado con ellos para, principalmente, detectar si es que tiene síntomas o es asintomático y si efectivamente puede hacer la cuarentena de manera segura y efectiva. En caso de que no pueda, también tiene la posibilidad de ser derivado a una residencia sanitaria.

El seguimiento del caso y del contacto, depende de cada una de estas definiciones. Para los casos es todos los días y para el contacto estrecho es, a lo menos, dos veces en su período de cuarentena. Una vez que se completa este período se da el alta a los pacientes.

En cuanto al pilar de testeo -como ya dije- nuestro objetivo es ampliar la cobertura del testeo mediante la toma de PCR en unidades de tomas de muestra móviles ubicados en puntos estratégicos del territorio; hacer búsquedas activas de casos en centros cerrados como los Eleam, el Sename o los centros penitenciarios, y para el caso de los pacientes con discapacidad o personas adultas mayores, o que no se puedan dirigir a los centros de salud o a estos puntos estratégicos para obtener muestras de PCR, hacer visitas domiciliarias.

Respecto de la búsqueda activa de casos tenemos tres líneas de acción: una, es en torno al territorio, que es la que ustedes más conocen, porque se base en torno al número de casos que hay en las comunas; dos, a la presencia de población de mayor riesgo en dichos lugares; tres, a las zonas con mayor hacinamiento; cuatro, a las zonas con alto números de viviendas comunitarias y, finalmente, a aquellas con acceso limitado a servicios básicos. Estos son los cinco criterios epidemiológicos que definen el tipo de operativo que se va a hacer en el territorio y dónde se va a hacer.

Además, paralelamente, existen operativos que se hacen en estas poblaciones institucionalizadas, que ya mencioné, como los Eleam, el Sename y centros penitenciarios. Una tercera opción que va en este orden, primero, es el territorio, segundo, son las poblaciones institucionalizadas y, tercero,

son los puntos estratégicos. Son en estos puntos en donde el principal factor que se debe considerar es la movilidad de las personas y las aglomeraciones.

Lo importante de esto es que son estrategias paralelas, porque no dejamos de hacer el testeo en las personas que consultan en los centros de salud y por eso se refuerza que cualquier paciente que consulta por síntomas respiratorio en la urgencia o en los centros de atención de salud debe ser testeado para covid-19.

En la siguiente diapositiva están las funciones de cada uno de los grupos de trabajo, en los distintos niveles del territorio, que ya les había señalado, y luego tenemos las metas que se han establecido, en torno al pilar de testeo. Como ustedes pueden ver, hay un escenario planteado para cada uno de las comunas en torno a los casos activos, específicamente su tasa por cada 100.000 habitantes y el número de test mínimos declarado.

Si la comuna tiene una tasa de casos activos menor a 100 por cada 100.000 habitantes, el número de test con el que se calcula su meta de testeo semanal es 1 por 1.000, y así va aumentando hasta llegar a las comunas con mayor tasa de casos activos, que deben hacer, a lo menos, 20 por cada 1.000 habitantes. Este es un piso mínimo de testeo.

En la tabla que está al lado del cuadro se muestra un ejemplo de cómo se calcula lo anterior en base a la población de la comuna, su tasa de casos activos, por ende el escenario que está es el que multiplica y cuántos test son los que, a lo menos, deberá hacer cada una de las comunas.

Respecto del pilar de trazabilidad y aislamiento, tenemos cuatro grandes objetivos.

Uno de ellos es mantener la estrategia actual de casos confirmados que se ingresan para seguimiento, reforzando que desde ahora la investigación y el seguimiento se hagan desde que son catalogados como sospechosos en la notificación e inmediatamente también el llamado triage sociosanitario, es decir, las preguntas para establecer si la persona tiene las condiciones necesarias para hacer un aislamiento seguro.

Asimismo, se requiere identificar precozmente los contactos estrechos, de manera de evitar la transmisión; investigar

precozmente los casos y a sus contactos estrechos y, además, proveer las medidas de protección social necesarias para que la persona pueda hacer un aislamiento, si es un caso confirmado, y una cuarentena, si es contacto efectivo.

En la siguiente imagen aparece el triage sociosanitario, con las tres preguntas claves que se hacen para determinar si una persona necesita ser derivada a una residencia sanitaria.

En el paso de la trazabilidad y sus etapas esenciales, una de las partes importantes para toda investigación de casos es la notificación del médico. Como ustedes saben, ello se realiza mediante el sistema Epivigila, cuya notificación es validada por cada una de las seremis de Salud y derivada automáticamente por el sistema a la Seremi o a la APS, dependiendo de cómo estén organizados para la investigación de sus casos.

Cuando todos sus casos caen en la bandeja, lo primero que deben hacer es corroborar con la persona la fecha de inicio de sus síntomas, ya que eso posibilita saber desde cuándo y hasta cuándo dura su cuarentena, y luego identificar a todos los contactos estrechos y trasladarlos a una residencia sanitaria. Cuando tenemos la lista de todos ellos, se contacta a esas personas, se corrobora la fecha del último contacto que tuvo ese caso con ellas y se le indica la necesidad de traslado a una residencia.

El seguimiento de los casos es principalmente para asegurar su evolución clínica y no tengan criterios de gravedad y que pueden mantener el aislamiento seguro y están cumpliendo el aislamiento, si son casos comprobados, o la cuarentena, si son contactos estrechos.

En el caso de los contactos estrechos, se controla cuando empiecen con los síntomas, de manera que se trasformen en casos probables, y que estén cumpliendo la cuarentena.

A continuación, observamos lo concerniente a las residencias sanitarias, las cuales cuentan con un médico, una enfermera y un TENS, de acuerdo con el número de pacientes que tenga cada una de las residencias; incluso, otras residencias cuentan con personal de apoyo psicológico.

Como indiqué, hay ciertos criterios de inclusión para ingresar a las residencias, en caso de que no tengan todas

las variables sociosanitarias para hacer cuarentena o aislamiento seguro y en caso de incumplimiento de dichas medidas.

Los únicos casos en que las personas están excluidas de asistir a una residencia sanitaria es si sus comorbilidades están descompensadas y, por ende, requieran ser tratadas en un servicio de urgencia o un hospital.

En la siguiente lámina podemos observar cómo se ve la notificación en el sistema. Desde que está vigente la estrategia TTA, existe también la posibilidad de calificar como motivo de la notificación la búsqueda activa de casos y, después, su etapa clínica. Asimismo, se puede ver todo el seguimiento para la identificación de contactos.

Además, los indicadores de la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento son publicados una vez a la semana en la página del Minsal, junto con el informe epidemiológico, por cada una de las regiones y comunas. Tenemos un indicador para las notificaciones. La idea es lograr que todo caso esté notificado en el sistema Epivigila, o sea, la meta es ciento por ciento.

En el ámbito del testeo, tenemos tres indicadores: uno tiene que ver con la cobertura del testeo; otro con la positividad de los test PCR, ya que la idea es ir disminuyendo progresivamente en torno a cuatro escenarios, y el último con la oportunidad de la notificación, para que todo examen PCR que haya en el sistema tenga sí o sí una notificación anterior.

En cuanto al aislamiento, tenemos dos indicadores, que tienen que ver con la oportunidad en que los casos sean derivados, cuando lo necesiten, antes de las 24 horas.

En el caso de la cobertura de la oportunidad del aislamiento, se hace lo mismo. Es decir, primero deben tener la oportunidad de ir a una residencia sanitaria y, segundo, que los casos y los contactos nuevos que ingresan a una residencia lo hagan dentro de 24 horas.

La última columna indica las metas que hemos planteado para esos indicadores y el piso mínimo que recomendamos para solicitar su cumplimiento. En el informe se va a detallando quienes cumplen y quienes no en torno a las metas planteadas.

Respecto de los indicadores de trazabilidad, podemos ver los que tienen que ver con la investigación epidemiológica y el seguimiento de los casos.

También, tenemos todo lo relacionado con la oportunidad de la investigación. Este es el primer llamado que se le hace a los casos. La idea es que todo caso sea llamado antes de las 48 horas y el piso mínimo es de 90 por ciento.

En lo referido a la identificación de contactos, al investigar y hacer el primer llamado se está calculando el número de contactos estrechos por caso, que, como señaló el diputado Juan Luis Castro, lamentablemente es uno de los indicadores más bajos en nuestro país. Según las definiciones de casos que tenemos implementadas, deberíamos estar trazando, a lo menos, de tres a cinco contactos estrechos por caso. Algunas comunas y regiones logran hacerlo sobre ese número, pero la mayoría está bajo los tres contactos estrechos, siendo que la literatura internacional indica que en los países con medidas de distanciamiento debería haber, a lo menos, 15 contactos estrechos detectados. De manera que está como uno de los indicadores, porque sabemos que nos habla de la calidad de la investigación que se está haciendo.

En torno al indicador de oportunidad de la investigación de los contactos, es lo mismo que para los casos. Una vez que el caso identifica a toda su lista de contactos estrechos, esperamos que sean llamados y contactados o visitados antes de las 48 horas. En este caso, la meta planteada es un poco más baja respecto de los casos, porque sabemos que existe un sesgo de memoria, en el sentido de que un caso no siempre se acordará de todos los contactos con los que estuvo dos días antes y dos días después del inicio de los síntomas. Entonces, no somos tan exigentes en la meta del 90 por ciento, por lo tanto con un 80 por ciento sabemos que vamos a demorar un poco más.

En cuanto al seguimiento de los casos, pedimos que todos los casos que se están siguiendo tengan un llamado o una visita todos los días, durante los 14 días de aislamiento, y que sea, a lo menos, un 90 por ciento de la meta. En el caso de los contactos, pedimos que a ellos se les haga seguimiento a lo menos dos veces durante los 14 días de cuarentena.

Ahora bien, mostraré un poco en detalle cómo hemos ido avanzando en la implementación de la estrategia TTA. En la lámina se pueden ver algunos datos de los informes epidemiológicos publicados. Eso tiene que ver con toda la información que está en el sistema Epivigila y con el DEIS, para el caso de fallecidos. Podemos apreciar los casos confirmados activos y los casos confirmados recuperados y su tasa de incidencia actual por región.

Como señalaron algunos diputados, estamos muy bien complicados en el sur. Actualmente Magallanes tiene una tasa de incidencia muy alta, en consecuencia está con varios brotes. De hecho, estamos apoyando en terreno a la región para mejorar la trazabilidad de esos casos e identificar los contactos, con el fin de ir limitando el contagio y mayores brotes. En general, podemos ver que la zona norte del país -mostrada en colores- está con mayor tasa de incidencia, si consideramos que eso es mayor a 100.

A continuación, se aprecian las variaciones de los casos nuevos por región, al 23 de septiembre de 2020. Podemos ver que han variado y que estamos en mejores condiciones en la variación de datos, tanto en los últimos siete días como en los últimos 14 días. Eso sí, hay algunas partes en las que se ha ido complicando la situación en los últimos días.

En la lámina se observa la curva que más nos interesa, sobre todo en lo que tiene que ver con la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento. Desde que se implementó esta estrategia, cuyo objetivo principal es contener la curva de la pandemia y que esta vaya disminuyendo, de manera de tener menos contagios y controlar la pandemia en sí, desde el 19 de julio en adelante se ha mantenido esta curva, pero tenemos que seguir fortaleciendo la estrategia si no queremos que pase lo que ocurrió con la curva de España, que ustedes pueden ver arriba en la lámina, en donde se produjo la segunda ola.

En la evaluación de los nuevos casos confirmados por cien mil habitantes estamos viendo para las siete regiones que tienen 10 o más casos en la media móvil de los últimos siete días. Podemos ver claramente la curva que tiene Magallanes en los últimos días y el resto de las curvas.

Como bien decía el señor ministro, en las regiones del norte han ido disminuyendo los nuevos casos, pero las regiones del sur nos están preocupando un poco más, sobre todo Magallanes.

Para esta estrategia es fundamental tener un registro consolidado y los recursos humanos necesarios para la trazabilidad.

En esta tabla pueden ver el número de trazadores con que contamos en cada región, de acuerdo con los últimos casos que se han reportado en la última semana y a los contactos que se reportan en la última semana.

En esto la literatura es bien variable, dado que determinar cuántos trazadores uno debería tener depende mucho de cómo evoluciona la pandemia en el país, del aspecto cultural del país en torno a los trazadores, de lo tecnológico, y también depende mucho de la variabilidad que hay de un día a otro.

Por eso, tener un número fijo no se puede decir, pero sí hay literatura que refleja claramente que al menos el número mínimo de trazadores que debería haber es 15 por cien mil habitantes, y en la última columna pueden ver que de acuerdo con el número de trazadores que tenemos en todas se cumple este mínimo.

En cuanto al testeo, podemos ver que desde que se implementó la estrategia se ha aumentado progresivamente en torno a la búsqueda activa de casos. Se había pedido que como meta se hiciera el 10 por ciento de los exámenes por búsqueda activa. Vemos que a la fecha estamos en la mitad de los exámenes, siendo por búsqueda activa; y de esos, cuando hacemos estos operativos de búsqueda activa, encontramos al 23 de septiembre 29.000 casos positivos.

En la lámina se observa la cantidad de test realizados por búsqueda activa en cada una de las regiones. Pueden ver la evolución a lo largo de las fechas y que todos han cumplido con la meta mínima establecida.

Un señor **DIPUTADO**.- Sobrepasaron.

La señora **PACHECO** (doña Javiera) [vía telemática].- Sí, largamente. Se había pedido 10, era superbajito. En general, siempre todas están a lo esperado.

En torno a la positividad, que era una de las preguntas,

podemos ver cómo ha ido evolucionando. La idea es bajar de 10 los niveles de positividad en el primer tramo.

Claramente, vemos que Magallanes es una de las regiones que está más lejos de eso, pero en general la mayoría está bajo la meta.

Este gráfico me interesa mostrarles, sobre todo para responder las preguntas que han surgido por la combinación de variantes en torno a la búsqueda activa. Acá pueden ver cuatro grupos y el total país en torno a la positividad por búsqueda activa y atención médica.

Atención médica es el paciente que consultó en los centros de salud, y es la curva azul y la curva naranja.

¿Cuál es la diferencia entre uno y otro? Uno es sospechoso, es decir, tiene síntomas, y el otro es asintomático. En ambas se ve que ha ido bajando la positividad desde que se implementó la estrategia.

En gris y en amarillo tenemos a las personas que se testearon por búsqueda activa de casos, y tenemos a los sintomáticos y a los asintomáticos. Podemos ver también que en ambos ha bajado la positividad. Vemos unos *peak* en donde por búsqueda activa se han encontrado casos positivos y que eran sospechosos, pero podemos ver que pese a esto que se ha pensado, que los operativos de búsqueda activa son más bien al azar, y no en las partes más importantes de las regiones y de las comunas, eso no se demuestra al mostrar las curvas porque estarían separadas. Es decir, las de búsqueda activa me saldrían muy bajas por positividad, y las de atención médica mucho más altas. Y aquí se ve que todas más o menos siguen una curva similar, con algunos *peak*.

Esta información no la puse en la presentación, pero la tenemos por región. La podemos compartir si el ministro lo solicita.

La siguiente lámina muestra el indicador 3, que es la cobertura de testeo de los sospechosos. Ahí podemos ver que estamos testeando una gran cantidad de personas y siempre tenemos sobre el 90 por ciento de cobertura de testeo.

En la oportunidad de notificación la idea es llegar al 100 por ciento. Vemos que estamos bajos, sobre todo en algunas regiones, pero van mejorando en ese sentido, y cada vez

estamos logrando que más de los exámenes positivos tengan su notificación respectiva en el sistema Epivigila.

Lo siguiente corresponde a la oportunidad epidemiológica de casos por cada una de las regiones. En rojo está la meta, y ahí pueden ver cómo ha progresado el comportamiento de cada una de las regiones. Vemos que hay regiones que tienen excelente cumplimiento en torno a esto, es decir, que el 100 por ciento de sus casos se investiga antes de las 48 horas.

Lo mismo sucede con los contactos. La mayoría de las regiones logran cumplir con contactar a los contactos estrechos antes de 48 horas.

Este gráfico tiene que ver con el índice de ocupación de residencias, que se mantiene en torno al 30 por ciento.

Si bien en general ha bajado bastante la ocupación de las residencias, en los últimos días, post celebración de fiestas patrias, ha habido un aumento en la ocupación de las residencias, que no se ve en la figura.

Ahora se observa el indicador global, que se había mencionado también en las preguntas. Esto tiene que ver con cuántos nuevos casos provienen de contactos estrechos que tenemos identificados.

La OMS señala que para hablar de que se está conteniendo la pandemia debemos tener al menos un 60 por ciento de los nuevos que provienen de contactos estrechos identificados. Es así que podemos ver que Valparaíso, la Región Metropolitana y la Araucanía cumplen con este indicador, donde el 70 por ciento de sus casos nuevos provienen de contactos estrechos que tenemos identificados.

La idea es ir subiendo cada vez más este indicador, porque eso nos va a permitir señalar que estamos conteniendo mejor la pandemia.

Entonces, para controlar la epidemia tenemos que testear a la población para identificar a los enfermos, aislar a los enfermos para proteger a los sanos e identificar a los contactos para evitar futuros contagios.

Las acciones claves para el éxito de nuestra estrategia es un registro oportuno y de calidad en el Sistema Epivigila; fortalecer el rol de los delegados de epidemiología en cada uno de los establecimientos de salud; fomentar las visitas

domiciliarias para que se haga una investigación de calidad, y así fortalecemos aún más la trazabilidad; verificación de que se cumplan las medidas necesarias de aislamiento efectivo, y articular todas las acciones necesarias entre los equipos de trazabilidad para la derivación de pacientes a residencias sanitarias.

Señor Presidente, esa es mi presentación.

El señor **MULET** (Presidente) (vía telemática).- Muchas gracias, doctora.

Señor ministro, ¿quiere seguir usted?

El señor **PARIS** (Ministro de Salud) (vía telemática).- Señor Presidente, había otra presentación.

Me quedó pendiente responder una pregunta sobre el periódico o portal Interferencia.

En realidad, usted sabe que destaqué el tema de los determinantes sociales cuando me hice cargo del Ministerio. La verdad es que cuanta más pobreza haya, más posibilidades de contagios existen, pero no más posibilidades de mortalidad; o no hay una relación entre la letalidad y la pobreza, porque eso significaría que son atendidos en forma discriminada, según su lugar de origen.

Desde que instalamos la red integrada de salud eso no ha ocurrido. Los pacientes se trasladan de un lugar a otro, de un hospital público a una clínica, de una región a otra.

Lo que sí es verdad, [...] y además refutado en parte lo que dice Interferencia, es que hay más capacidad y mayor cantidad de contagio en las comunas más humildes o con menos desarrollo socioeconómico.

Así podemos ver, por ejemplo, que Lo Espejo, Huechuraba, Recoleta, Pedro Aguirre Cerda, Conchalí, en fin, tienen una cantidad mayor de personas contagiadas. ¿Por qué? Por las políticas que han seguido los últimos gobiernos, que han construido de departamentos de 50 metros cuadrados o casas de 70 metros cuadrados, construcciones en las que viven ocho personas; o viven en cités o en casas divididas.

Es un problema del Estado de Chile, y es una de las lecciones que tenemos que sacar de esta pandemia en relación con la forma en que hemos atentado contra la dignidad de las personas al hacerlas vivir en viviendas inadecuadas. Es un

concepto ecológico. Sin embargo, la letalidad no muestra diferencias por el origen social de la personas. La letalidad es la cantidad de muertes en relación con la enfermedad, propiamente tal, o sea, la patología, en este caso, es el coronavirus. No hablaré de culpas, pero es responsabilidad del Estado de Chile.

¿Por qué hay más parques en un lugar y menos en otro? ¿Por qué hay casas de 400 metros cuadrados en un lugar, mientras en otro hay de 60 metros cuadrados y sin patio? Entonces, obviamente, en una casa pequeña, con un solo baño, con un dormitorio, a veces con uno y medio, la capacidad de contagio es mucho más alta, hecho que produjo, además, la explosión de virus en Santiago. Al principio, cuando comenzó el virus en la zona alta de Santiago, la tasa de contagio era muy baja, pero al llegar a la zona poniente, norte y surponiente, obviamente, se tradujo en la enorme cantidad de casos que pudimos ver.

No obstante, eso no es culpa del gobierno de turno, le podría haber tocado a otro gobierno. Ese es un problema del Estado de Chile. Tenemos que reflexionar muy bien respecto de los estándares que tendremos que tener, de ahora en adelante, al momento de construir de casas y edificios, en los que la gente vive sumamente hacinada.

Sin perjuicio de lo anterior, tiene razón en cuanto a que existe una correlación entre mayor positividad de contagio y bajo nivel socioeconómico de las personas. Además, son familias más numerosas. Recuerde que la encuesta nacional del medicamento encontró que en las comunas más deprimidas socioeconómicamente hay más adultos mayores y más patologías crónicas, así como un índice importante de obesidad, de hipertensión, de cardiopatía y de enfermedad bronquial crónica obstructiva. Justamente, se observó que, por ejemplo, la hipertensión es un elemento de riesgo para fallecer. Sin embargo, en Chile, al menos, no se ha producido una diferencia por realidad socioeconómica en tasa de mortalidad, sí en tasa de contagios, eso hay que reconocerlo.

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el subsecretario de Redes Asistenciales señor Arturo Zúñiga.

El señor **ZÚÑIGA** (subsecretario de Redes Asistenciales) [vía

telemática].- Señor Presidente, desde que comenzó la pandemia, muy temprano, recapitulando, el 31 de diciembre, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó acerca del primer caso. Luego, el 7 de enero, las autoridades chinas lo identificaron como un nuevo virus y difundieron su material genético al resto de los países del mundo, por lo que, nosotros, como Ministerio de Salud, pudimos instalar nuestra capacidad de procesar los exámenes de PCR en los laboratorios de nuestro país. Finalmente, el 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró el coronavirus como pandemia global.

Muy temprano, el 4 de febrero, mediante el decreto N° 4, dictamos la alerta sanitaria. El 3 de marzo se identificó el primer caso de coronavirus en nuestro país, en la ciudad de Talca.

¿Cómo nos preparamos para esto?

Sabíamos que la necesidad de cuidados intensivos sería una de las cosas más difíciles de poder implementar, debido a que contábamos con solo 640 camas en la red de salud pública y 574 camas en las clínicas y hospitales privados de nuestro país. En base a eso, hicimos un fortalecimiento muy grande de la red de salud pública, de poder, incluso, quintuplicar la cantidad, como sucedió en algunos hospitales, hospitales grandes, como el Sótero del Río, la Posta Central, San Juan de Dios y San José, en los que hubo un aumento muy importante en la cantidad de camas.

Además, se creó la Red Integrada Covid-19, a través de la cual accedimos al control total de las camas, lo que nos permitió entregar camas a personas, independientemente de si eran Fonasa o Isapre, o si se hospitalizaban en clínica u hospital. Asimismo, nos permitió poder trasladar pacientes de una ciudad a otra, tal como lo estamos haciendo el día de hoy, desde la Región de Magallanes y desde la Región del Biobío hacia otras regiones del país, que hoy sí cuentan con un mayor número de camas disponibles.

Lo último realizado tiene relación con que en algunas ciudades ha caído la cantidad de casos activos, por lo tanto, ha caído la necesidad de hospitalización. Sin embargo, sabemos que tenemos que mantener esa capacidad. Por eso que

todos los ventiladores mecánicos, los monitores y las bombas de infusión de alto flujo se mantienen en los cada uno de los establecimientos. Sin perjuicio de ello, si alguno de estos quiere disminuir una sola cama, debe hacer un protocolo para poder disponer de ella, en caso de que haya un aumento de contagios en un plazo máximo de cinco días.

En cuanto al fortalecimiento de la red pública de salud, no solo se ha aumentado el número de camas de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que, como muestra la tabla en la presentación, se han triplicado, sino que también lo hemos hecho con camas medias, camas de la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) y camas básicas, porque mientras se puede complejizar el hospital, lo que se hace al aumentar esa la complejidad es disminuir la cantidad de camas de menor complejidad. Y esas camas de menor complejidad se tienen que reemplazar, porque cuando un paciente va mejorando desde la UCI, necesita una cama para seguir tratándose. De lo contrario, esa cama de la UCI nunca va a quedar disponible para ser usada por un paciente grave que está llegando a la Urgencia en ese momento.

Por eso, durante la preparación de la pandemia iniciamos el trámite administrativo de cinco hospitales, que son el de Ovalle, el de Angol, el de Padre Las Casas, el Félix Bulnes y el Gustavo Fricke, en la ciudad de Viña del Mar, pensando en que estos recintos le agregaron a la red de salud 1.700 camas.

También compramos hospitales modulares con la estrategia de poder trasladarlos (a los pacientes) en un plazo breve, en caso de ser necesario. Al día de hoy, los hospitales se encuentran en la Región Metropolitana, en la Región de Valparaíso, en la Región del Biobío y en la Región de Coquimbo, que es la región que menos hospitales tiene en el país.

Además, instalamos el Centro Hospitalario Huechuraba, de donde egresaron más de 700 personas. A efectos de poder magnificar el tamaño de lo que este recinto permitió, el Hospital San José pasó, una vez, completamente por el Centro Hospitalario Huechuraba. Trabajaron 600 personas durante cuatro meses y gran parte de los egresos de pacientes que,

incluso, estuvieron hospitalizados en unidades intubados, pudieron egresar de forma satisfactoria desde el Centro Hospitalario Huechuraba.

Además, habilitamos el Hospital Metropolitano con 300 camas. Cabe recordar que es el hospital que ocupamos para reemplazar el antiguo Hospital Félix Bulnes, cuando este se cayó en 2010, a consecuencia del terremoto. Una vez que se pudo habilitar el nuevo Félix Bulnes, instalamos estas camas adicionales en el Hospital Metropolitano, con el objetivo de aumentar nuestra capacidad hospitalaria.

Asimismo, el Ministerio de Salud participó de compras múltiples de ventiladores mecánicos. Además, recibimos donaciones, y algunos gobiernos regionales también compraron ventiladores, totalizando 1.972 ventiladores mecánicos, lo que nos permitió convertir esas camas en cada uno de los hospitales.

No solamente ventiladores mecánicos [...] Vino una estrategia consistente en reforzar nuestra red de traslados. Muchos pacientes fueron trasladados de una región a otra por necesidad de camas, y debido a ello también se necesitaron ventiladores de transporte, que también fueron comprados por el Ministerio de Salud. En la lámina N° 14 de la presentación pueden ver lo que mencioné acerca de los ventiladores donados.

Quisimos poner la cifra de camas UCI que tenemos en los hospitales públicos de nuestro país, desde 2010 a la fecha, con el objetivo de cuantificar su crecimiento. Según consta en la lámina N° 16, desde 2010 a 2019, la red de salud pública creció desde 390 a 640 camas, es decir, en 250 camas. Desde 2019 a 2020, esa cifra creció en más de 1.200 camas.

Estamos hablando de un crecimiento muy grande que, insisto, [...] poner un ventilador mecánico en un hospital, sino que se trata de que cada uno de los hospitales reconvirtió sus hospitales, complejizándolos, capacitando al personal que atiende en esas camas y [...] totalmente el flujo de un paciente hospitalizado, en cuanto a poder entregarle todo tipo de atención, ya sea de alta complejidad como de menor complejidad.

Para eso fue necesario crear la Red Integrada Covid-19, en

donde, como decía Enzo, se dispuso que la Subsecretaría de Redes Asistenciales pasara a coordinar la totalidad de los recintos del país, tanto públicos como privados, pudiendo destinar una cama para cualquier paciente que la necesitara, independiente de que fuera afiliado de Fonasa o del sistema de salud de las Fuerzas Armadas. Lo único que nos interesó, y nos pusimos ese objetivo a través del establecimiento de la Red Integrada Covid-19, fue poder otorgarle una cama en el momento adecuado a cada una de las personas que viven en nuestro país.

Por otra parte, hemos dispuesto que algunos establecimientos puedan disminuir sus unidades de cuidados intensivos, sobre todo las que estaban dispuestas en los pabellones, con el objeto de poder ocupar esos pabellones y retomar algunas cirugías que fueron suspendidas durante esta pandemia, con el compromiso de restablecer esas unidades de cuidados intensivos en un plazo de cinco días.

Además, a las clínicas privadas, a las camas privadas, en mayo se les dio un plazo para que aceleraran su reconversión, dado que no existía la misma velocidad que en el sector público. Ello permitió duplicar la cantidad de camas en la red privada de salud, lo cual, obviamente, ayudó muchísimo a poder hospitalizar a cada paciente que lo ha requerido.

La lámina N° 20 muestra en un gráfico la cantidad de camas UCI que hemos tenido habilitadas, en la línea azul. A su vez, la línea rosada indica las camas que han sido utilizadas.

En la medida en que ha disminuido la necesidad de camas UCI, también hemos disminuido las UCI habilitadas, con el objeto de reponer la cantidad de cirugías en estos cuatro o cinco meses de pandemia.

El aumento de camas ventiladas no solo se hizo en las unidades de pacientes críticos, sino también en pabellones, en unidades de pacientes críticos [...], en urgencias y en salas de recuperación, lo que requirió un trabajo de cada uno de los hospitales.

Esto no se trató de una compra y entrega de ventiladores mecánicos, sino que cada uno de los hospitales de nuestro país pudo [...] de cara a esta pandemia.

Los ventiladores mecánicos no invasivos, que se ocupan en

una etapa de avance del tratamiento de la enfermedad, cuando los pacientes mejoran, y el uso de máquinas de anestesia, que permitió aumentar fuertemente nuestra capacidad de unidades de cuidados intensivos, asimilando el trabajo que hace la máquina de anestesia a lo que hace un ventilador mecánico invasivo, obviamente, a través de un protocolo que tanto la Sociedad de Anestesiología como la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva de nuestro país pudieron establecer para capacitar a cada uno de los establecimientos.

Otro tipo de cama ventilada fue el que habilitamos a través de las cánulas de oxigenoterapia de alto flujo. Fueron dos estrategias que llegaron posteriormente a nuestro país, en la medida en que tuvimos evidencias desde Europa acerca de sus muy buenos resultados en pacientes, evitando en hasta un 40 por ciento la intubación, con todos los daños colaterales que ello implica.

Además del 40 por ciento de pacientes que no requirieron ventilador mecánico invasivo, se acortó el periodo de tratamiento, lo que permite un mejor uso de las camas. Incluso, se pueden aumentar rápidamente, porque no es necesaria una dotación muy intensiva, como sí lo es para las unidades de cuidados intensivos.

Si tomamos como camas ventiladas todas las camas con ventiladores mecánicos y ventiladores no invasivos, con cánulas de alto flujo y con cascos C-PAP, llegamos a un máximo de 5.320 camas para enfrentar esta pandemia hasta el día de hoy.

También he mencionado en algunas diapositivas la flexibilidad que debíamos tener. La UGCC (Unidad de Gestión Centralizada de Camas) nació en 2009 en el Ministerio de Salud y, a propósito de la actual pandemia, tomamos la decisión de fortalecer esta unidad, agregándole un equipo completo de enfermería y un equipo de médicos que pudieran no solo trasladar un mayor número de pacientes, sino hacer una revisión propositiva de cada uno de los pacientes que se encontraban hospitalizados en nuestras unidades de pacientes críticos, con el objetivo de que, si hubiese algún paciente que [...] sus indicadores permitieran trasladarlo, coordinar ese traslado para mantener una ocupación similar entre los

establecimientos de una misma región, o también con el objetivo de mantener camas disponibles si una región estuviese presentando un aumento importante de casos.

Al mismo tiempo, hubo coordinación con el SAMU Metropolitano y con las Fuerzas Armadas. Entre marzo y septiembre sumamos 8.158 traslados coordinados con la Unidad de Gestión Centralizada de Camas. Como referencia, en un año normal se hacen 12.000 traslados en los 12 meses, es decir, hemos más que duplicado, y más que triplicado, incluso, en algunas semanas o meses, la cantidad de traslados diarios que hemos realizado en conjunto con las Fuerzas Armadas, con Carabineros y con transporte particular.

Las derivaciones interregionales representan una fracción de todos los traslados que se hacen. Para dar algunos ejemplos, la región que más pacientes recibió desde la Región Metropolitana fue la Región del Biobío, y el hospital que más pacientes recibió desde la Región Metropolitana fue el Hospital Regional de Rancagua.

En este momento, cuando vemos que en la Región del Biobío está aumentando la cantidad de contagios, se ha activado nuevamente la Red Integrada Covid-19, lo que nos permite mantener una ocupación cercana al 85 por ciento en la región, derivando pacientes hacia otras regiones del país.

Ahora bien, como Ministerio de Salud y como Subsecretaría de Redes Asistenciales también debemos atender a pacientes por otro tipo de enfermedades, no solo es [...] y, en ese sentido, como habíamos enfocado el trabajo de los hospitales solo en las cirugías de alto impacto durante esta pandemia, es decir, cirugías de urgencia, oncológicas y pediátricas, cuya postergación implicara un empeoramiento en el pronóstico, es que ahora también incluimos disminuir la cantidad de unidades de cuidados intensivos en los hospitales, sobre todo las camas que estaban ocupando pabellones o salas de recuperación, con el objetivo de empezar a realizar cirugías que se habían postergado hace cinco meses. Y eso con el compromiso de que cada hospital tenga un protocolo para volver a tener el máximo de camas que alguna vez llegó, en un plazo de cinco días en caso de haber un aumento. Y este plazo de cinco días nos permitirá,

obviamente, desocupar las camas que estaban siendo ocupadas por procedimientos quirúrgicos, que tienen una estadía de tres días, y dado que sabemos que entre la hospitalización y el inicio de síntomas transcurre un tiempo razonable mayor a cinco días, por lo que esas camas van a estar disponibles en caso de haber un aumento importante de los contagiados.

La siguiente lámina muestra la capacidad en los diferentes meses, y en cuanto a los egresos hospitalarios, pues estamos hablando ya de más de 38.000 altas por coronavirus. Si bien a lo mejor esto no se ve como una cifra alta en comparación a la cantidad de hospitalizaciones, hay que considerar que estas sesiones por coronavirus tienen una estadía mucho más elevada que un paciente normal de un hospital público. Nuestra estadía normal es de seis días, aproximadamente, considerando egresos quirúrgicos y egresos médicos.

Los egresos de coronavirus tienen una estadía, en promedio, solamente en las UCI, de más de 15 días, y hay pacientes que tienen estadías que llegan hasta los 60 días.

Finalmente -creo que es la piedra angular de lo que se ha podido realizar-, es mostrar [...] la salud y este es un compromiso que no solamente se ha visto en cada uno de los hospitales en donde han trabajado por largas jornadas o, incluso, realizando doble o triple turno, sino que se ha visto un compromiso solidario entre distintos establecimientos.

Como pueden ver en la foto, donde está la bandera de Magallanes, ¿quién iba a pensar hoy, considerando la situación, que después de haber visto la primera ola, un grupo de seis funcionarios del Hospital Clínico de Magallanes fueron a ayudar a sus colegas del Hospital de Calama cuando este establecimiento tenía un número muy alto de contagios! Posteriormente, ocurrió lo contrario; o sea, cuando Magallanes necesitó el aporte, esta generosidad de estos seis funcionarios del Hospital Clínico de Magallanes permitió darle el ejemplo al resto de los 360.000 trabajadores de la salud, que ante el llamado de ayuda que requirieron, un equipo del Hospital San Borja Arriarán ya fue y estuvo durante dos semanas en el Hospital Clínico de Punta Arenas, lo mismo con un equipo de la Posta Central, lo mismo con un

equipo del Hospital Regional de Temuco, lo mismo con un equipo del Hospital La Florida, y el día de mañana va otro equipo de veinte personas a apoyar al Hospital Clínico de Magallanes.

De eso se trata la red integrada covid-19. Si nosotros, como Ministerio de Salud, en lo único que ponemos el foco es poder atender a nuestros pacientes, podemos ocupar todos los recursos y toda la infraestructura, pero lo más importante es que contamos con un capital humano que nos permite hacer estas cosas que me llenan de orgullo como trabajador de la salud.

Muchas gracias, Presidente.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Señor Secretario, ¿se ha extendido el plazo hasta las 16:00 horas?

El señor **CÁMARA** (Secretario).- Hasta las 16:30 horas, Presidente.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Entonces, tenemos tiempo todavía.

Tiene la palabra el diputado Ricardo Celis.

El señor **CELIS** (don Ricardo) [vía telemática].- Señor Presidente, el subsecretario Arturo Zúñiga nos ha mostrado, tal vez, lo más importante e interesante, y nosotros como comisión investigadora debemos ver los hechos positivos y las cosas que no estuvieron o no han andado bien al entender de esta comisión, y eso tiene que ver con las camas centralizadas y con aumentar la cantidad de ventiladores.

Como país, teníamos los indicadores más malos de Latinoamérica, tal vez, en cuanto al número de ventiladores por mil habitantes; hoy los números son distintos.

No puedo terminar mi intervención sin señalar que el sistema aerotransportado o transporte aeromédico, que es de alta dedicación y muy complejo, se ha realizado en forma exitosa. Entonces, creo que también hay que hacer un reconocimiento a los funcionarios del sistema sanitario por esta tremenda tarea que han hecho, una tarea tan exitosa. Por lo tanto, lo que nos ha dicho me parece que es un tema muy relevante.

No me respondió -a mi entender- dos preguntas que hice y que tienen que ver con lo que dijo una funcionaria -le pido

disculpas, porque no recuerdo quién era- respecto del tema de trazabilidad, y ella no responde en su presentación un tema que para mí es muy importante, y es el siguiente: ¿cuál es el motivo de por qué Chile no ha incrementado del 3,1 personas trazadas? Claro, hay ciento por ciento de trazabilidad cuando tengo 200 PCR positivos y contacto de 200 personas, se tiene ciento por ciento de trazabilidad, pero estoy contactando a tres personas no más o menos. Entonces, el punto radica en que el número de exámenes totales que tiene Chile está hoy bastante bien, al igual que el número de camas complejas. El otro día, algunos presentadores decían que el número de ventiladores también, etcétera. Lo que no está bien, y todavía no tengo respuesta de por qué ocurre, es por qué estamos trazando solo a 3,1 persona y no a 10, que es lo que debiera ocurrir, porque para la positividad que tenemos, que está hoy en el 5 por ciento, quiere decir entonces que se está focalizando mal la trazabilidad; se está haciendo trazabilidad en personas que no son contactos, y se les está haciendo PCR a personas que no fueron los contactos. Por lo tanto, ahí hay un tema que aún me queda sin respuesta, que tiene que ver con cuál es el motivo de que sigamos teniendo 3,1 por ciento de trazabilidad, y no más, aun con nuestros niveles de positividad que tenemos, porque obviamente eso quiere decir que se está focalizando mal la trazabilidad.

¿Falta gente, falta personal, faltan contratos? ¿Qué ocurre allí? Ese es un tema que me parece importante.

Ahora bien, voy a leer textual el informe de la Contraloría del 28 de agosto para responder al señor ministro, cuando dice que estoy equivocado, que no entendí bien el tema de los fallecidos. Allí dice claramente que: "En relación con el punto 2, considerando que desde el 15 de julio del año en curso, el DEIS informa diariamente los fallecimientos confirmados y sospechosos -cosa que yo tengo superclaro-producto del COVID-19, a la División de Planificación Sanitaria y al Departamento de Epidemiología, dependencias de la Subsecretaría de Salud Pública, y que ambos conceptos se relacionan con muertes relacionadas con COVID-19, no se advirtieron los motivos por los cuales tales cifras no son comunicadas a la ciudadanía de manera uniforme, es decir,

cada vez que se reporten los casos de fallecimientos se consideren ambos conceptos -defunciones confirmadas y probables-, en concordancia con las recomendaciones de la OMS".

Eso es lo que no está resuelto y seguimos exactamente en la misma línea, y por eso quiero decirle al señor ministro que tengo claro que existe una subclasificación del grupo 1 y 2 de la OMS, respecto de las personas covid, pero insistimos en si están informando y sumando, ni haciendo los cálculos de mortalidad de nuestra región y de nuestro país con el total de personas confirmadas y casos probables, que aún persiste en la misma situación desde que se inicia la pandemia.

En su momento, el ministro Mañalich anunció que esto se iba a informar junto; después, esto ha seguido y en agosto la Contraloría hace la misma observación, y todavía no sabemos por qué se informa de manera distinta.

Gracias, Presidente.

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

El señor **CASTRO** (don Juan Luis) [vía telemática].- Señor Presidente, mi pregunta tiene que ver, en el tema de los ventiladores, precisamente con lo ocurrido con aquella donación de ventiladores de la CPC, procedente de una compra hecha por ellos al gobierno chino. Entiendo que llegaron más de 300 ventiladores a mitad de año, aproximadamente en junio, pero después se supo, de acuerdo con información de prensa en el último mes, que en una parte importante de ellos se habían detectado desperfectos, pues se habrían empezado a usar en distintos centros hospitalarios en esa época.

Entonces, solicito que me aclare lo siguiente: ¿Qué ocurrió con ese contingente de ventiladores? ¿Cuáles fueron los hallazgos? ¿Cómo se validaron antes de ingresar al país y cuando fueron distribuidos en los distintos hospitales y centros de salud? En definitiva, ¿qué ocurrió con esos aparatos? ¿En cuántas personas fueron usados? ¿En qué estado se encuentran ahora? ¿Dónde están ubicados? ¿Cuál es la situación de esa cantidad de ventiladores mecánicos de esa procedencia? En un momento, esa donación causó mucha preocupación respecto de la calidad que se les habría

acreditado para llegar al país y ser utilizados en las redes asistenciales.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Tiene la palabra el diputado Nino Baltolu.

El señor **BALTOLU** (vía telemática).- Señor Presidente, si todavía están en la sesión, quiero saludar al ministro y al subsecretario de Redes Asistencias.

Por su intermedio, me gustaría formularle algunas preguntas en el siguiente sentido.

Dado que participo en tres comisiones investigadoras sobre la misma materia, la duda que tengo es sobre las inscripciones, porque hay diputados que todavía siguen preocupados de cómo se inscriben los casos de la covid-19. En verdad, todavía no logro entender que a estas alturas, después de tantos meses y de haber escuchado al director nacional del Servicio de Registro Civil e Identificación, se diga que se inscriben según el certificado de defunción que emite un médico.

Entonces, ¿cómo los médicos siguen emitiendo certificados con algunas dudas para los parlamentarios? No puedo entender esa parte y no sé si podemos mejorar. Tenemos todos los elementos para hacer bien las cosas. Pero, deja mucho que desear nuestro sistema el hecho de que todavía algunos parlamentarios tengan dudas de cómo se inscriben las personas fallecidas.

Cuando escuché la intervención del ministro y los parlamentarios le replicaban, es como si el ministro o el sistema de Salud tuvieran la culpa y no es así. Finalmente, identificamos que 6 trabajadores del sistema de Salud cometieron errores y no porque el ministro sea el encargado debe pagar las culpas de todo el sistema que estaba funcionando.

Por lo tanto, la responsabilidad es de la misma gente. Cuando hablamos [...] está peor que cualquier otro país del mundo. En verdad, también debemos ver cómo lo hacemos nosotros.

La última vez que hablé con el Presidente de la República le dije que debíamos cambiar la estrategia, porque la mascarilla que estábamos usando debiera ser necesariamente

para no contaminar a otros y no para que no me contaminen. Deberíamos ocupar la teoría que manejo, es decir, de ir un paso adelante, porque todos sabemos que la gente se contamina cuando alguien expelle gotitas de saliva que quedan en el ambiente y son respiradas por otra persona. Por lo tanto, si uso una mascarilla, indudablemente voy a limitar la cantidad de saliva o aire que emito de mi boca. Por ello, debemos usar la mascarilla y cambiar el concepto. Por eso, busquemos soluciones y no meter el dedo en la llaga porque alguien se equivocó, si eso finalmente no resuelve los problemas.

En Arica estamos desesperados, porque llevamos prácticamente 6 meses confinados, con un intervalo de un mes; no obstante, siguen los casos en alza y no baja el número de contagiados. ¿Por qué no baja esa cifra? ¿Qué hacemos mal nosotros y no la autoridad? Porque la autoridad dicta las normas y determina cuándo todos debemos estar confinados y cuántos permisos a la semana podemos sacar, pero cuando uno va al supermercado ve que las personas son descuidadas. Entonces, uno se pregunta cuánta responsabilidad es de las personas. Debemos buscar alguna solución para eso. No sé si el Estado deberá regalar mascarillas, pero no para que sea un disfraz o para que alguien la use en la forma que crea conveniente, porque muchas veces se le baja de la boca. Incluso, vemos que cuando algunos de nuestros colegas intervienen tocan su mascarilla con los dedos o se la suben y bajan, como si fuera juego durante todo el día.

Entonces, ¿cuánto de eso hacemos para mejorar y salir de esta pandemia? En Arica, la gente está desesperada y no sé cómo hacerlo. Incluso, al ver imágenes de cuando se abre una tienda en Santiago, me doy cuenta de que ingresan cientos de personas sin responsabilidad alguna.

Entonces, ¿para qué le echamos la culpa al ministro de Salud o al subsecretario de Redes Asistenciales? Hemos visto los resultados, la cantidad de ventiladores y de camas que se han mejorado para atender a las personas, a fin de que no peleáramos por la última cama, como se vio en otros países del mundo. Por ese lado hemos estado bien.

En definitiva, ¿cómo lo hacemos ahora con nuestra gente? ¿Cómo la ayudamos? No sigamos hablando y despotricando. ¿Cómo

colaboramos? ¿Qué hacemos para que ella responda a lo que el Estado les dice? Porque, al final, la gente no le hace caso al Estado. Por lo tanto, ¿cuánta culpa tienen uno y el otro?; de lo contrario, no vamos a salir nunca de esto y seguiremos contando muertos.

Entonces, a estas alturas debiera estar clarísimo cómo se inscriben las defunciones, porque cuando el médico extiende el certificado médico de defunción es lo que vale y el resto es pura especulación.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Tiene la palabra el diputado Frank Sauerbaum.

El señor **SAUERBAUM** (vía telemática).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero hacer cuatro preguntas muy breves.

En primer lugar, quiero consultar al subsecretario cómo vamos a enfrentar la pospandemia y las listas de espera que hoy están rezagadas. La gente se ha ido acumulando en las salas de espera y se han ido traspasando las fechas de las operaciones pendientes.

Por otro lado, comento a los colegas que mañana se pondrá en tabla un proyecto que permite la contratación de más médicos especialistas, para facilitar el registro en Chile por un par de años. Ojalá contemos con el apoyo de nuestras bancadas para que ese proyecto sea aprobado.

En segundo lugar, ¿cómo se van a priorizar las inversiones hospitalarias para el próximo año, considerando que ha cambiado la situación de salud en el país?

En tercer lugar, ¿qué se ha pensado hacer para mantener los ventiladores mecánicos comprados que se distribuyeron o se van a distribuir en la red asistencial después de la pandemia? ¿Cómo vamos a mantener todos esos ventiladores y cómo se van a distribuir? ¿Se mantendrán focalizados o se distribuirán a través de toda la red asistencial?

Señor Presidente, por su intermedio, la última pregunta es para el ministro, a quien aprovecho de saludar.

Señor ministro, una pregunta que todo el mundo se hace es cuál es el estado de avance de las vacunas covid-19. Quiero saber si tenemos alguna noticia al respecto.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Tiene la palabra el diputado Manuel Monsalve.

El señor **MONSALVE** (vía telemática).- Señor Presidente, como esto es parte de la democracia, un poder del Estado ha decidido formar una comisión investigadora, lo que obviamente está dentro de sus facultades constitucionales. Una comisión investigadora debe analizar si las decisiones que tomó la autoridad fueron oportunas, correctas y fundadas para proteger algo tan esencial como el derecho a la salud. Creo que esa es nuestra tarea y no tiene que ver con ser buena o mala persona, sino con cumplir nuestro mandato constitucional.

En ese contexto, a propósito de lo que planteó el diputado Nino Baltolu, la trazabilidad es un factor muy determinante para evitar la enfermedad y para su control. Por lo tanto, el análisis de la trazabilidad es vital, si se han adoptado decisiones correctas, oportunas y fundadas.

En ese sentido, quiero reiterar dos preguntas.

Primero, la Región del Biobío, que tiene a un millón de personas en cuarentena, sigue teniendo persistentemente bajos niveles en materia de trazabilidad. Entonces, ¿eso ocurre porque faltan trazadores? ¿La razón trazadores-población es muy baja? ¿Falta contratar a más trazadores? ¿No existen profesionales suficientes para contratarlos para mejorar los indicadores de trazabilidad? ¿Cuál es la respuesta a los bajos resultados de trazabilidad en dicha región? Esa pregunta está dentro del marco de las decisiones que toma la autoridad, la cual tiene recursos y facultades para adoptar decisiones tendientes a mejorar la trazabilidad. Sin embargo, en el caso de la Región del Biobío, no ha logrado tener trazabilidades acordes a la situación sanitaria.

Segundo, la pregunta que hizo el diputado Ricardo Celis también es muy determinante en materia de trazabilidad. ¿Cuál es la razón de los contactos por caso positivo? En la Región del Biobío esa razón es de 2.5, o sea, por cada caso positivo hay 2,5 contactos estrechos.

Entonces, a propósito de los datos internacionales que plantea el doctor Celis, puede ser que la cantidad de contactos estrechos por caso positivo que consideramos para medir la trazabilidad es muy baja y, por lo tanto, es probable que haya contactos estrechos que no estemos

contabilizando.

Entonces, la segunda consulta tiene relación con la del doctor Ricardo Celis, y es qué justifica una razón de contacto estrecho por caso positivo tan bajo. ¿Cuál es el problema que tenemos?

Tercera pregunta. El ministro, a propósito de los programas de hospitalización domiciliaria y de visita domiciliaria, vinculados ambos a la atención primaria de salud, planteó que van a continuar y que como mecanismo de continuidad va a permitir reasignar recursos de programas de atención primaria que no se están ejecutando.

Sin embargo, quiero decirles a los diputados de la comisión, para sus regiones y sus comunas, cuáles son esos programas de atención primaria que no se están ejecutando. Por ejemplo, no se está ejecutando el programa de resolución de especialidades ambulatorias, o sea, recursos destinados a que pacientes que requieren atención oftalmológica, de neurología o de otorrinolaringología, se les pueda comprar esa atención; estas no se están ejecutando porque obviamente la pandemia no permite realizar esas consultas.

¿Qué otro programa no se está ejecutando? Los recursos destinados a hacer exámenes de imagenología, por ejemplo, ecotomografías.

Entonces, si uno reasigna esos recursos significa que está asumiendo que esos pacientes no van a tener atención de especialidad ni el examen que requerían en áreas falentes de la salud pública, donde se está perdiendo hacer diagnóstico oportuno.

Entonces, quiero aclarar a qué recursos se refiere el ministro cuando dice reasignar programas no ejecutados, porque en este caso, respecto de estos programas, uno tendería a pensar que lo razonable es que el ministerio prorrogue el plazo para ejecutarlos en lugar de tomar los recursos y destinarlos a otra cosa.

La trazabilidad es importante, sin duda, pero el programa de resolución de especialidades ambulatorias y los exámenes de imagenología para esos pacientes son vitales para su diagnóstico. Entonces, lo razonable sería prorrogarlos y no reasignar esos recursos.

Por lo tanto, quiero consultar al subsecretario cuáles son los programas que el ministro plantea reasignar recursos, o sea, cuáles se van a dejar de hacer.

Lo último, quiero insistir en una respuesta más concreta respecto del proyecto MAPA, porque este proyecto es la iniciativa más grande en materia de actividad económica en la Región del Biobío, y hay muchos chilenos que están siendo formalizados por no cumplir las medidas sanitarias, y bien que así sea, pero el problema es que si estamos formalizando a ciudadanos por no cumplir las medidas sanitarias, la pregunta es por qué se está permitiendo salir de las comunas en cuarentena para cumplir labores no esenciales, porque eso lo está permitiendo la autoridad sanitaria.

Entonces, quiero una respuesta más específica del ministro respecto de una situación que me parece grave, incluso irregular, e incluso podría constituir un delito. Por tanto, si se está autorizando salir de las cuarentenas a trabajadores que no cumplen labores no esenciales, la consulta es saber cuál es el fundamento para aquello.

Si la respuesta es no, que lo digan, pero pido que se responda con precisión esa pregunta.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Tiene la palabra la diputada Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela) [vía telemática].- Señor Presidente, tengo una pregunta que tiene que ver con el término de recursos para la atención primaria a nivel de todo el país.

Me llamaron la semana pasada, principalmente de la Región del Biobío, para decirme que había sido avisado desde el ministerio que ya no habría más recursos traspasados a los municipios.

Esta noticia se conoció a través de la radio Biobío el sábado recién pasado, haciendo énfasis en la Octava Región, pero la información sería que se llevaría a cabo a nivel nacional.

Por lo tanto, quiero consultar al ministerio cómo se va a seguir haciendo el tema de la trazabilidad y el seguimiento de los pacientes covid-19 si es que este programa y estos recursos se acaban.

He dicho.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Tiene la palabra el subsecretario de Redes Asistenciales.

El señor **ZÚÑIGA** (subsecretario de Redes Asistenciales) [vía telemática].- Señor Presidente, me voy a referir a los temas que tengan que ver con la presentación que acabo de realizar.

En relación con las consultas que hace el diputado Frank Sauerbaum, acerca de lo no covid-19, nosotros como Ministerio de Salud también tenemos que encargarnos de todas las enfermedades adicionales a lo que es el covid-19.

En ese sentido, ya hemos tomado un trabajo bastante intensivo en lo que es la recuperación de las cirugías. Por ejemplo, hay hospitales, como el hospital El Pino, el hospital de Talca, que ya están en un nivel idéntico al que tenían el año pasado a esta misma fecha en cuanto a la realización de cirugías. Pasa algo similar en el hospital de Temuco, que está casi al ciento por ciento de lo que realizaba el año pasado, como el hospital Guillermo Grant Benavente, que a pesar de estar en una situación bastante complicada ha podido mantener la cantidad de cirugías, que es lo mismo que pasa con el hospital Gustavo Fricke, el hospital de Puerto Montt y así sucesivamente.

Obviamente, hay otros hospitales, como el hospital clínico de Magallanes, al cual en estos momentos no se le puede exigir, porque está ocupando toda su capacidad en atender a pacientes de covid-19, pero ellos ya venían trabajando en recuperación de cirugías.

Debemos recordar que en Magallanes la primera ola fue a fines de abril, y durante estos cuatro meses sí hubo una recuperación de cirugías, pero en estos momentos no se le puede exigir lo mismo que a otros hospitales de nuestro país.

En cuanto a los ventiladores mecánicos, consulta del diputado Juan Luis Castro, acerca de dónde se van a mantener esos ventiladores, la respuesta es que todos esos ventiladores los vamos a dejar en los hospitales; ninguno se va a centralizar, porque esto permite aumentar nuestra capacidad ventiladora no solamente respecto del covid-19, sino que nos permitirá mañana, conociendo cómo se ponen las urgencias durante los meses de invierno, por ejemplo, ante la

circulación mayor del virus respiratorio sincicial o de la influenza.

En este minuto no hay circulación de esos virus, pero los respiradores están en los hospitales, e incluso ya fueron transferidos los dominios.

Es decir, como fueron comprados por la Subsecretaría de Redes, se transfirió el dominio a cada uno de los servicios de salud para poder ser destinados a las regiones y que se queden en cada uno de los hospitales de nuestro país, aumentando fuertemente nuestra cantidad de camas UCI en relación con la cantidad de habitantes con las que comenzamos esta pandemia.

Hay que recordar que tenemos un sistema de tecnovigilancia, y en ocasiones anteriores también ha advertido de hechos importantes. Por ejemplo, hace algunos años tuvimos un tema con las prótesis mamarias y también un asunto con marcapasos, y cada vez que se presenta un hecho que no corresponde al funcionamiento normal, se activa una alerta de tecnovigilancia.

En ese sentido, cada vez que ha ocurrido esto, sea con ventiladores nuevos, sea con ventiladores antiguos, sea con ventiladores comprados o donados, hemos tomado lo que dice el protocolo, es decir, revisar de qué se trata la falla, y en este caso hemos tenido la colaboración de la Armada de Chile, incluso de empresas semiestatales, como lo es DTS, para que todos estos ventiladores que no cuentan con un servicio técnico en nuestro país, como lo son los ventiladores de origen chino.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Señor subsecretario, debo interrumpirlo.

¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por 15 minutos?

Acordado.

Solicito al diputado Ricardo Celis que presida la sesión en estos últimos minutos, porque tengo un compromiso.

El señor **CELIS**, don Ricardo (Presidente accidental) [vía telemática].- No tengo ningún problema, señor Presidente.

Tiene la palabra el subsecretario de Redes Asistenciales.

El señor **ZÚÑIGA** (subsecretario de Redes Asistenciales) [vía telemática].- Señor Presidente, tal como lo venía

mencionando, dentro de nuestro proceso de acreditación normal de hospitales, que entre paréntesis hoy se encuentra suspendido por razones obvias, está la mantención preventiva de los equipos, ya sea de un monitor o de un ventilador mecánico. Por eso, como Ministerio de Salud, como sabemos que en estos momentos no hay un servicio técnico autorizado para ventiladores que son de origen chino, hemos solicitado información a las distintas empresas que componen el mercado de mantención de ventiladores para licitar la mantención y, obviamente, que haya repuestos, mantenciones, correcciones y, de esa forma, darle la mayor vida útil que corresponde a los ventiladores que tenemos en nuestro país.

En relación con las inversiones, no puedo pronunciarme mucho sobre las de 2021, porque es un proyecto que va a ingresar en pocos días más al Congreso Nacional, pero estamos bien. Eso es lo único que podría adelantar. ¿Y por qué? Porque las inversiones del Ministerio de Salud también generan mucho empleo; estamos con un proyecto muy ambicioso de dejar construidos 25 hospitales; dejar otros 25 en construcción y, en etapa de diseño y licitación, otros 25. Eso va a seguir andando sin ningún problema.

En cuanto a los avances en vacunas, lo va a responder el ministro de Salud.

Acerca de lo que mencionaban el diputado Manuel Monsalve y la diputada Marcela Hernando -ella lo va a reiterar-, no hemos suspendido ningún programa. Incluso, incluimos uno adicional, por 8.000 millones de pesos, que es un programa de infraestructura para la atención primaria, porque sabemos que las salas de espera de algunos consultorios no cumplirían con lo necesario para disminuir la probabilidad de contagio cuando estén en la espera, y nosotros, como también lo dijo el diputado Frank Sauerbaum, necesitamos que la ciudadanía vuelva a los consultorios, vuelva a los hospitales. Hoy día nos pasa que un 30 por ciento de los pacientes, cuando los llamamos para atenderse, no se atienden; no se acercan, incluso habiendo esperado muchos meses por su cirugía. ¿Por qué? Porque existe un temor de esas personas de contagiarse de coronavirus.

Nosotros hemos implementado accesos diferenciados en la

urgencia para pacientes respiratorios, para pacientes no respiratorios; hemos tomado todas las medidas de elementos de protección personal, no solamente para nuestros funcionarios, sino que también para los pacientes. Y aquí aprovecho la oportunidad para hacer un llamado a la ciudadanía y que confíe en nuestros establecimientos; para que cuando la llamen para agendar una hora, la que han esperado mucho tiempo, acudan, ya que tenemos tomadas todas las medidas para disminuir el riesgo y asegurar una buena atención en nuestros establecimientos.

Como dijimos, los programas no se pueden traspasar de un año para otro.

Por eso, diputado Monsalve, por su intermedio, señor Presidente, estamos aprovechando de utilizar todos los recursos y, obviamente, todos esos recursos a los que usted hace referencia, todos esos programas que usted menciona, para el próximo año van a venir para ser ejecutados. Y, ojalá, los podamos ejecutar, porque sabemos que hay una necesidad de diagnosticar a través de programas de imagenología; sabemos que hay una necesidad de diagnosticar mamografías, que hoy no se están haciendo; sabemos que hay una necesidad de laboratorios; sabemos de la necesidad del programa Chile Crece Contigo; la necesidad de la actividad odontológica, ya que la cantidad de consultas odontológicas que no hemos realizado debido al riesgo, es muy grande, y los programas odontológicos son de los más grandes que tenemos en la atención primaria.

Como dijo el ministro de Salud, además, a través del hospital digital, la idea es agilizar toda esa actividad y atender a la población por lo que no es coronavirus lo antes posible, porque, de lo contrario, vamos a tener una segunda pandemia, que no va a ser por este virus.

Es cuanto quería señalar respecto de las preguntas que se me formularon.

El señor **CELIS**, don Ricardo (Presidente accidental) [vía telemática].- Tiene la palabra la doctora Javiera Pacheco.

La señora **PACHECO**, doña Javiera (vía telemática).- Señor Presidente, voy a responder específicamente la pregunta que me formulan sobre trazabilidad y los contactos estrechos.

Quiero ser muy clara en el sentido de que no se mezcle la estrategia y la focalización que se hace y la priorización de acciones en torno a testeos, trazabilidad y aislamiento, con uno de los indicadores que tiene que ver con cuántos contactos estrechos tiene un caso.

Una no focaliza las búsquedas activas de casos en torno a ese indicador.

Este es un indicador que se usa como estándar, para ver si es que nos aproximamos a lo que dice la OMS, como recomendación, en torno a lo que se ha investigado del virus, y cuántos contactos puede tener un caso. En mencioné en la presentación mencione que hay estudios que señalan que un caso podría tener hasta diez contactos, si es que sigue las normas de distanciamiento, o hasta diecinueve sin distanciamiento. Pero esos son contactos. La definición de contacto estrecho es mucho más específica. Hay que estar en contacto directo con el caso, sin uso de equipos de protección personal, para reunir las definiciones que están destinadas por decreto en el caso de la pandemia. Y eso, la OMS declara que un caso podría tener tres a cinco contactos estrechos como mínimo. Y es ahí que yo menciono que, aun así, usando ese estándar, sabemos que estamos bajo ese estándar en cuanto a los casos. ¿Por qué de eso? Son múltiples factores.

En la tabla (de la diapositiva) mostré el número de trazadores que tenemos por región. En eso cumplimos con lo necesario para hacer, pero depende mucho de que tan precozmente uno haga las investigaciones epidemiológicas y, por eso, se pide que se haga antes de las 48 horas, porque es ahí donde el caso puede tener más fresco el recuerdo de con quién estuvo en contacto o de cuándo empezaron los síntomas.

También hay que recordar que un importante porcentaje de los casos son asintomáticos. Entonces, es mucho más difícil para ellos identificar a sus contactos estrechos.

Además, hay que considerar el factor cultural. En varias comunas hemos tenido muchas dificultades para la trazabilidad, en el sentido de que, si están en cuarentena o en ciertas fases del Paso a Paso, en que ciertas actividades no son legales, reportar sus contactos estrechos complica la situación de las personas asistentes a los eventos sociales,

lo que redundaría en que la investigación sea aún más difícil para los trazadores.

Por eso, hemos implementado cuatro estrategias al respecto. Una, que la primera investigación sea, ojalá, con visita domiciliaria, de manera de generar el espacio de confianza con el caso y con el trazador, de manera que el caso pueda ir relevando la lista de contactos estrechos en torno a él; dos, fortalecer el seguimiento de todo caso y de todos los contactos estrechos, a medida que se va llamando día a día, de manera que, en un nuevo día de contacto que yo hago al caso, si recuerda un contacto estrecho, yo lo pueda sumar a su lista de contactos estrechos.

Y lo otro es el testeo. Recordemos que, por definición y por decreto, en nuestro país, los contactos estrechos que empiezan con síntomas no requieren ser testeados, porque se asumen como casos probables. Entonces, todo lo que tiene que ver con la estrategia de testeo no apunta a los contactos estrechos de un paciente, sino a identificar nuevos casos, que no tenemos en nuestros registros, en nuestra plataforma Epivigila.

En este sentido, el fortalecimiento es a generar los espacios de confianza para mejorar la trazabilidad, para que se logren identificar todos los contactos estrechos, para que la gente no tenga temor a decir que estuvo con tal o cual persona durante estos días. Pero son limitaciones propias que tienen todos los países. La trazabilidad es uno de los pilares de esta estrategia más complicados.

El testeo y el aislamiento dependen más en sí de la autoridad sanitaria y del Ministerio de Salud, pero la trazabilidad depende mucho, como dijo uno de los diputados, de la conducta de las personas, de la confianza generada en las personas, del sentido de ver la necesidad. Muchos, que tienen que trabajar para mantenerse durante este período, evitan ser parte de estas listas de contactos estrechos, para no tener que dejar de asistir. Por eso, fortalecimos que se asegure una cuarentena o aislamiento seguro, otorgando la licencia médica correspondiente, canastas de alimentos y visitas con equipo médico en los casos en que se requiera.

Pero no hay que confundir los dos indicadores: uno es de lo

que tiene que ver con la trazabilidad y, lo otro, es lo que tiene que ver con el pilar de testeo.

Sabemos que todavía tenemos que fortalecer la trazabilidad y la calidad de la investigación con los números que tenemos, que se pueden ver en el último reporte de trazabilidad.

Es cierto que tenemos bajo el promedio de los tres a cinco casos de contactos estrechos por caso, y estamos fortaleciendo eso para que se haga una mejor investigación y generar los espacios de confianza para que las personas nos puedan ir entregando dando sus listas de contactos. En esto estamos coordinados trabajando con la atención primaria de salud y las seremis, que están haciendo estas investigaciones.

Muchas gracias.

El señor **CELIS**, don Ricardo (Presidente) [vía telemática].- Bien, en todo caso, no creo que tengamos confusión entre testeo y trazabilidad.

Tiene la palabra el ministro de Salud.

El señor **PARIS** (ministro de Salud) [vía telemática].- Señor Presidente, insisto en que usted dijo que nosotros no informábamos por el DEIS, pero eso no es así. Le refuté que informamos por el DEIS.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis) [vía telemática].- Sí.

El señor **PARIS** (ministro de Salud) [vía telemática].- Todos los informes diarios son por el DEIS. Esa fue la pregunta.

Adicionalmente, dos veces por semana, anunciamos los casos sospechosos, o sea, que no tienen PCR positiva. Y esos casos son siempre los mismos: alrededor de 4.000 que todavía no se han confirmado ni se han descartado. Entonces, si todos los días repetimos esa cantidad, obviamente, vamos a tener un número importante de casos. Pero los casos confirmados son los que damos día a día provenientes del departamento de estadísticas del Ministerio de Salud. Creo que ahí no hay ninguna diferencia respecto de lo que nos recomendó la Contraloría. De hecho, lo que nos recomendó fue lo que yo tomé como norma para informar permanentemente los casos que determina el DEIS.

En cuanto al porcentaje de trazabilidad, usted dijo que era del 3 por ciento. No es así, es el promedio de casos con

relación al caso índice que es...

El señor **CELIS** don Ricardo (Presidente accidental) [vía telemática].-No, no [...]

El señor **PARIS** (ministro de Salud) [vía telemática].- El porcentaje [...]

El señor **CELIS** don Ricardo (Presidente accidental) [vía telemática].- No, el número de casos no, la razón.

El señor **PARIS** (ministro de Salud) [vía telemática].- ¡Ah! Perfecto.

Con respecto al proyecto MAPA, tenemos un informe completo que se lo voy a hacer llegar al diputado Monsalve.

El señor **MONSALVE** (vía telemática).- Muchas gracias, señor ministro.

El señor **PARIS** (ministro de Salud) [vía telemática].- Está hecho el informe.

En lo que respecta al tema de las vacunas, que me parece muy importante, el gobierno, el Estado, ha firmado un convenio de precompra con tres empresas: Sinovac, Pfizer y AstraZeneca para adquirir 64,5 millones de dosis de vacunas. En forma paralela, hemos firmado un convenio con una agrupación de personas que, de forma voluntaria, se ha unido a la OMS para adquirir vacunas que llegarían en una fase posterior. Sin embargo, no podemos elegir la marca de la vacuna, pero se trata de una agrupación que reúne a varias fundaciones que, además, trabaja con la Organización Mundial de la Salud. Cabe señalar que en esto vamos juntos con Colombia, por eso la ceremonia se hizo con el Presidente de Colombia y su ministro de Salud.

Recuerden que en Chile se están haciendo varios estudios preclínicos, de tercera fase, con AstraZeneca y con Sinovac, también con otra vacuna que en este momento no tengo en la memoria su nombre, pero es de un laboratorio extranjero. El acuerdo que logramos con Sinovac nos permite acceder a 10.000.000 millones de dosis de vacunas, de forma preferencial y a un precio bastante reducido.

Como ustedes saben, los primeros en vacunar deben ser los funcionarios de la salud, los adultos mayores y los enfermos con problemas crónicos. Hemos calculado que son alrededor de 5.500.000 personas. Ahora, como se van a requerir dos dosis

de vacunas, vamos a necesitar, por lo menos, 11.000.000 de dosis para cubrir a la población más vulnerable. Además, hay que recordar que la vacuna no ha sido aprobada para menores de [...]. Por lo tanto, hemos visto con interés un proyecto que hay Valdivia respecto del anticuerpo que bloquea la instalación del virus en la mucosa respiratoria. Algo parecido se investigó en Concepción.

En cuanto a los trazadores que el doctor Monsalve nombró, creemos que con los 7.862 trazadores que tenemos a lo largo de todo Chile, cumplimos con la norma y es suficiente. En la Región del Biobío hay 63 Cefam con trazadores y tenemos 990 trazadores en dicha zona. Es verdad que, a veces, la gente no quiere dar su contacto o informar con quién ha estado, lo cual también produce dificultades.

Por último, me quedó pendiente la pregunta del doctor Juan Luis Castro relacionada con qué tomamos en cuenta para calificar a las comunas para que vayan de un paso a otro. Se toma en cuenta la capacidad de camas del lugar donde está la comuna, los casos confirmados en 14 días, la evolución de los casos confirmados en 7 y 14 días, los test realizados, la posibilidad de los test, los casos con testeo, los casos confirmados, los casos con contactos directos y los casos investigados en menos de 2 días. Y, además, la posibilidad de la PCR por atención médica o por búsqueda activa.

Por lo tanto, es una enorme cantidad de datos, y en base a esa información se va calificando el paso a paso de las distintas comunas del país.

Agradezco que nos hayan escuchado. Me siento orgulloso de la presentación que hizo la doctora Pacheco pues revela el trabajo que hacen los funcionarios de Salud, como también me siento orgulloso de la presentación que hizo el subsecretario de Redes Asistenciales. Otros países que decían que estábamos equivocados o que estábamos mal, hoy, nos superan con creces en cuanto a la cantidad de casos y de fallecidos. Hemos ido bajando en el *ranking* de mayor cantidad de fallecidos por millón de habitantes. Por lo tanto, hay que reconocer el esfuerzo que hacen los funcionarios de Salud.

Por otra parte, no es exacto lo que se señaló en la Radio Bío-Bío. La doctora Marcela Hernando llegó tarde, pero

expliqué el tema de la Región del Biobío. Espero que lo haya escuchado, porque veo que se retiró antes, pero nosotros mandamos un video para refutarlo, pero, obviamente, aún no ha sido publicado.

Por su intermedio, doctor Celis, saludo a los miembros de la comisión.

Gracias.

El señor **CELIS**, don Ricardo (Presidente accidental) [vía telemática].- Gracias señor ministro, subsecretario y doctora Pacheco.

Aunque estamos pasados en la hora de la citación, tiene la palabra el diputado Monsalve.

El señor **MONSALVE** (vía telemática).- Señor Presidente, solo para agradecer la respuesta del ministro y esperar que pueda resolver la comunicación para disponer del informe del proyecto MAPA, ojalá de aquí a mañana, ya sea por correo o vía wasap, pero que se nos haga llegar por algún medio.

El señor **PARIS** (ministro de Salud) [vía telemática].- A la brevedad, lo haremos llegar.

El señor **CELIS**, don Ricardo (Presidente accidental) [vía telemática].- Gracias nuevamente.

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

-Se levantó la sesión a las 16.50 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,

Redactor

Jefe Taquígrafos Comisiones.