INFORME DE LA COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LOS ACTOS DEL GOBIERNO EN RELACIÓN CON LOS IMPACTOS SANITARIOS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y LABORALES QUE LA PANDEMIA POR LA ENFERMEDAD COVID-19 HA PROVOCADO EN EL PAÍS (CEI 47) Y DE LA COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LOS ACTOS DEL GOBIERNO RELACIONADOS CON EL ESTADO DE EXCEPCIÓN CONSTITUCIONAL DE CATÁSTROFE POR CALAMIDAD PÚBLICA, DECRETADO POR LA PANDEMIA COVID 19, EN TEMAS SANITARIOS, ECONÓMICOS Y DE ORDEN PÚBLICO (CEI 48).

HONORABLE CÁMARA:

La Comisión Especial Investigadora individualizada en el epígrafe pasa a emitir su informe, de acuerdo con lo establecido en el artículo 318 del Reglamento de la Corporación, sobre la materia objeto de su investigación, de conformidad con el mandato otorgado por la Sala para estos efectos.

I.- ACUERDO DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS.

1.- COMPETENCIA DE LA COMISIÓN.

En sesión ordinaria N° 17ª/368, celebrada con fecha 29 de abril de 2020, y en virtud de lo establecido en los artículos 52, N° 1, letra c), de la Constitución Política de la República; 53 de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, y 313 y siguientes del Reglamento de la Corporación, la Sala de la Cámara de Diputados prestó su aprobación a dos solicitudes destinadas a investigar asuntos relacionados con los actos del Gobierno en torno a su manejo de los diferentes aspectos que involucra la pandemia originada por el virus Covid-19.

En este sentido, las solicitudes presentadas fueron las siguientes:

1) La primera de ellas (CEI 47), presentada por 64 señoras y señores diputados, para investigar los actos de todo órgano de la administración del Estado que, de cualquier forma haya participado en la adopción e implementación de medidas destinadas a evitar y contener la propagación del Covid-19, la recuperación de los enfermos, así como de aquellas medidas destinadas a mitigar los impactos sociales y económicos derivados de la pandemia, entre la población, cuya acuerdo de creación fue comunicado al Secretario Jefe de Comisiones mediante el oficio N° 15.497, de la misma fecha, de acuerdo a los antecedentes que a continuación se señalan y que se contienen en la solicitud sometida a consideración de la Sala:

“Conforme a lo dispuesto en el artículo 52 N° 1 letra c) de la Constitución Política, y a los artículos 13 y siguientes del Reglamento de la

Firmado electrónicamente
https://extranet.camara.cl/verificardoc
Código de verificación: 2B3E1087C9EF47DA

Firmado por Carlos Fernando Camara Oyarzo
Fecha 25/11/2020 12:06:55 CLST

Corporación, que disponen expresamente que la Cámara de Diputados y Diputadas tiene la atribución exclusiva para crear comisiones especiales investigadoras a petición de a lo menos dos quintos de los diputados en ejercicio, "(…) con el objeto de reunir informaciones relativas a determinados actos del Gobierno.", es que nos parece urgente y necesario que exista un espacio institucional de seguimiento de los actos del Gobierno para enfrentar una circunstancia extraordinaria como la pandemia del COVID-19 y sus impactos sanitarios, económicos, sociales y laborales, especialmente cuando las libertades públicas se encuentran restringidas por la declaratoria de un excepción constitucional.

Con la finalidad de dar cumplimiento a ese objetivo, los Diputados y Diputadas firmantes venimos en solicitar se constituya una comisión especial investigadora que se aboque a dar seguimiento a los actos del Gobierno, expresados en las decisiones legislativas, medidas administrativas y acciones del Ejecutivo, considerando la definición de estrategias y diseño de políticas públicas, implementadas para enfrentar los impactos sanitarios, económicos y sociales que la pandemia por la enfermedad COVID-19 está provocando en los hogares, los trabajadores y trabajadoras y en la población del país.

En particular, la comisión deberá abocarse a "Reunir informaciones de las actuaciones de todos los órganos de la administración del Estado, en particular, de los Ministros, Subsecretarios, jefes de servicios y las autoridades competentes de los Ministerio de Interior y Seguridad Pública, Secretaría General de Gobierno, Hacienda, Salud, Trabajo y Previsión Social, Economía, Fomento y Turismo y Desarrollo Social y Familia, en relación a las estrategias, planes, decisiones adoptadas, proyecciones y forma y modo de cumplimiento y evaluación de las medidas para prevenir y contener la propagación del COVID-19 y la recuperación de infectados, para mitigar los impactos sociales y económicos derivados de la pandemia en la población y para mantener informada a la ciudadanía sobre la situación del país, las decisiones adoptadas por las autoridades y sus fundamentaciones; en relación a las medidas adoptadas por el Ejecutivo en uso de las facultades excepcionales conferidas por la declaratoria del estado de excepción constitucional de catástrofe por calamidad pública establecido por el Presidente de la República a través del Decreto 104 del 18 de marzo de 2020 del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; a la Ley N° 21. 225 del 2 de abril de 2020 que establece medidas para apoyar a las familias y a las micro, pequeñas y medianas empresas por el impacto de la enfermedad COVID-19 en Chile; en relación del Decreto (exento) número 101 del Ministerio de Hacienda del 13 de abril de 2020 que determina la fecha según la cvual deben cumplirse los requisitos exigidos en el artículo 1 del artículo primero de la Ley número 21.225, que autoriza la entrega de un bono de apoyo a los ingresos familiares y establece la forma de acreditación de los requisitos exigidos por las instituciones a los beneficiarios señalados en el inciso tercero del citado artículo 1; del Decreto 420 del Ministerio de Hacienda de fecha 1 de abril de 2020 que establece medidas de índole tributaria, para apoyar a las familias, los trabajadores y a las micro, pequeñas y medianas empresas, en las dificultades generadas por

la propagación de la enfermedad covid-19 en Chile y la Ley N° 21.227 de 6 de abril de 2020 que faculta el acceso a prestaciones del seguro de desempleo de la Ley N° 19.728, en circunstancias excepcionales.”.

Respecto de esta comisión se acordó por la Sala su integración en la sesión 25ª/368, celebrada el día 26 de mayo de 2020, y ello se comunicó al Secretario Jefe de Comisiones mediante oficio N° 15.557.

2) La segunda de estas comisiones (CEI 48) fue creada a partir de una solicitud presentada por 63 diputadas y diputados, para investigar los actos de los órganos de la administración del Estado, en particular del Ministerio de Salud, relacionados con las medidas de orden sanitario, del Ministerio de Hacienda, en razón de las medidas tendientes a enfrentar los efectos económicos, y del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, y jefes de la Defensa Nacional, en relación con el orden público, todo ello en el marco del estado de excepción constitucional de catástrofe por calamidad pública, decretado a raíz de la pandemia de Covid 19. La creación de esta comisión fue comunicada al Secretario Jefe de Comisiones mediante oficio N° 15.499, en razón de los antecedentes y consideraciones que se exponen a continuación, contenidos en la misma presentación de los parlamentarios patrocinantes:

“1. Que el mundo atraviesa por una difícil situación sanitaria y económica derivada del denominado coronavirus, la cual ha afectado cientos de miles de personas en países alrededor del mundo (más de 300.000 a la fecha de presentación de esta solicitud), y dejando millares de muertos a su paso (unos 14.000 aproximadamente). Dicha pandemia, presente en nuestro país hace algunas semanas, ya tiene más de 632 contagiados y se espera que la propagación se agudice en los próximos días.

Para estos efectos, S.E: el Presidente de la República, de conformidad al artículo 41 de la Constitución Política, decretó estado de catástrofe en el país por calamidad pública, con la finalidad de premunirse de las herramientas jurídicas previstas en la Carta Fundamental, y en la Ley Orgánica Constitucional de Estados de Excepción para hacer frente a las distintas necesidades públicas que demandará esta compleja crisis sanitaria.

Según se lee en el Decreto N° 104 de 18 de marzo de 2020 de S.E. el Presidente de la República, que declaró dicho estado de excepción constitucional, las razones para decretarlo fueron las siguientes:

“1. Que, como es de público conocimiento, a partir del mes de diciembre de 2019, hasta la fecha se ha producido un brote mundial del virus denominado coronavirus-2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) que produce la enfermedad del coronavirus 2019 o COVID-19.

2. Que, con fecha 30 de enero de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, declaró que el brote de

COVID-19 constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de conformidad a lo dispuesto en el artículo 12 del Reglamento Sanitario Internacional, aprobado en nuestro país por el decreto Nº 230, de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores.

3. Que, el 5 de febrero de 2020, el Ministerio de Salud dictó el decreto Nº 4, de 2020, que decreta Alerta Sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-NCOV). Dicho decreto fue modificado por el decreto Nº 6, de 2020, del Ministerio de Salud.

4. Que, el 28 de febrero de 2020, la OMS elevó el riesgo internacional de propagación del coronavirus COVID-19 de “alto” a “muy alto”.

5. Que, el 11 de marzo de 2020 la OMS concluyó que el COVID-19 puede considerarse como una pandemia.

6. Que, hasta la fecha, 164 países o territorios han presentado casos de COVID-19 dentro de sus fronteras. Así, a nivel mundial, 193.475 personas han sido confirmadas con la enfermedad, con 7.864 muertes.”.

Las cifras anteriormente señaladas, ya desfasadas a la fecha de presentación de esta solicitud como se ha mencionado, aumentan día a día, y la situación se recrudece tanto a nivel mundial, como en nuestro país.

2. Que en este estado de cosas, efectivamente la Constitución Política de la República le otorga herramientas a S.E. el Presidente de la República para que, en estado de catástrofe, se restrinjan las libertades de locomoción y de reunión, se dispongan requisiciones de bienes, se establezcan limitaciones al ejercicio del derecho de propiedad y se adopten todas las medidas extraordinarias de carácter administrativo que sean necesarias para el pronto restablecimiento de la normalidad en la zona afectada. Por lo anterior, las catastróficas consecuencias de la propagación del virus que se están viendo en otro países, exigen de la autoridad que se adopten las medidas más estrictas que dispone el ordenamiento jurídico con la finalidad de evitar un mayor nivel de contagio y otros ulteriores efectos perniciosos para la salud pública.

No obstante el carácter de la crisis sanitaria que se enfrenta, la situación no inhibe las atribuciones que tiene la Cámara de Diputados de fiscalizar los actos del Gobierno, puesto que es especialmente en estas situaciones en que los frenos y contrapesos de los distintos poderes del Estado deben mantenerse equilibrados, de tal forma de responder correctamente frente a la emergencia sanitaria. Lo contrario implicaría tolerar un Poder Ejecutivo omnipotente, sin control, y con diversas atribuciones de restricción de derechos fundamentales, circunstancias todas que ponen en peligro el Estado de Derecho y por lo pronto, el sistema democrático.

Es de la esencia de una democracia que los actos del Gobierno estén sometidos a un constante escrutinio público, el cual debe canalizarse por todos los medios disponibles de control del ejercicio del poder, dentro de los cuales se encuentran las comisiones investigadoras que puede constituir la Cámara de Diputados en uso de sus atribuciones exclusivas de fiscalización.

4. Que en este orden de cosas, el Ministerio de Salud ha decidido mantener una política de implementación progresiva de medidas a propósito de la crisis del COVID-19, manteniendo una activa polémica con importantes (organizaciones) sociales que demandan una intervención más efectiva. En efecto, el Colegio Médico de Chile A.G., ha remitido una serie de recomendaciones a la autoridad sanitaria, particularmente, el cierre de las ciudades, para evitar una mayor propagación del virus. Ello ha tenido respaldo en diversos Alcaldes, especialmente de la Región Metropolitana (la que tiene la mayor cantidad de casos positivos), que han exhortado al Gobierno a adoptar esta y otras medidas. Sin embargo, y pese a los recientes esfuerzos por ampliar los espacios de comunicación entre las distintas entidades, las medidas adoptadas aún continúan siendo insuficientes, atendida la crisis que ya impacta con mayor fuerza a otros países del mundo.

5. Que la fiscalización de los actos del Gobierno no debe restringirse únicamente a las medidas en el orden sanitario, que evidentemente son las más urgentes, sino que además, a las adoptadas en el orden económico, puesto que el Ministerio de Hacienda ha anunciado un específico Plan Económico de Emergencia para hacer frente al coronavirus. Por lo pronto, otros ministerios sectoriales han adoptado otras medidas, que deben ser objeto de fiscalización por parte de la Cámara de Diputados.

6. Que además, se debe tener presente que la fiscalización debe extenderse a las medidas adoptadas por los Jefes de la Defensa Nacional que fueron designados en cada una de las regiones para hacerse cargo del estado de catástrofe. No se debe olvidar que la situación en la que se encuentra el país es de carácter excepcional, que si bien es decretada por el Presidente de la República, no puede significar una ausencia de todo control en el ejercicio de las atribuciones que concede la Constitución Política y las leyes, un mucho menos, vulneraciones a los derechos humanos de las personas.

7. Que por lo anterior, la Cámara de Diputados debe ejercer sus facultades fiscalizadoras con la finalidad de esclarecer estos hechos, darlos a conocer a la opinión pública, efectuar un pronunciamiento sobre los actos del Gobierno, y en su caso, hacer efectivas las responsabilidades constitucionales que correspondan.”.

Respecto de esta comisión, al igual que con la anterior, se acordó por la Sala su integración en la sesión 25ª/368, celebrada el día 26 de mayo de 2020, y ello se comunicó al Secretario Jefe de Comisiones mediante oficio N° 15.558.

2.- PLAZO Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN.

El plazo solicitado y concedido mediante los acuerdos que dieron origen a ambas comisiones fue de ciento veinte días, que vencía el día 20 de octubre de 2020, facultando además expresamente a la Comisión para constituirse en cualquier lugar del territorio nacional, tal como señala su mandato.

La Comisión, antes de dicho vencimiento, y ante la imposibilidad de celebrar sesiones los últimos días de su mandato, producto de la celebración de sesiones de Sala o su extensión, respectivamente, solicitó una prórroga de diez días, lo que fue acordado favorablemente por la Sala en la sesión 90ª/368, y comunicándose dicha determinación al Presidente de la respectiva Comisión por medio del oficio N° 15.966.

Cabe hacer presente que las dos comisiones especiales investigadoras se constituyeron el mismo día, 2 de junio de 2020, eligiendo ambas como Presidente al diputado señor Jaime Mulet Martínez

Del mismo modo, y en atención a la similitud y complementariedad de sus mandatos y ámbitos de trabajo, y estando integradas ambas por las mismas diputadas y diputados, por acuerdo unánime solicitaron a los Comités Parlamentarios poder efectuar su trabajo de manera conjunta, realizando de manera integrada su trabajo y emitiendo un solo informe que diera cuenta de los antecedentes reunidos y las investigaciones realizadas respecto de las áreas de trabajo y los mandatos acordados por la Sala en ambas instancias, lo que fue acordado y posibilitó el trabajo conjunto e integrado de ambas comisiones especiales investigadoras.

3.- INTEGRACIÓN.

En sesión ordinaria N° 25ª/368, celebrada el día 26 de mayo de 2020, la Sala acordó, a propuesta de las respectivas bancadas parlamentarias, la integración de ambas comisiones especiales investigadoras, quedando conformadas de la manera que en cada caso se indica:

CEI 47

- Señor Álvaro Carter Fernández.
- Señor Ricardo Celis Araya.
- Señor Francisco Eguiguren Correa.
- Señora Marcela Hernando Pérez.
- Señora María José Hoffmann Opazo.
- Señor Giorgio Jackson Drago.
- Señor Luis Rocafull López.
- Señor Juan Santana Castillo.

- Señor Frank Sauerbaum Muñoz.
- Señor Diego Schalper Sepúlveda.
- Señor Víctor Torres Jeldes.
- Señor Osvaldo Urrutia Soto.
- Señora Camila Vallejo Dowling.

CEI 48

- Señor Álvaro Carter Fernández.
- Señor Ricardo Celis Araya.
- Señor Francisco Eguiguren Correa.
- Señora Marcela Hernando Pérez.
- Señora María José Hoffmann Opazo.
- Señor Giorgio Jackson Drago.
- Señor Luis Rocafull López.
- Señor Juan Santana Castillo.
- Señor Frank Sauerbaum Muñoz.
- Señor Diego Schalper Sepúlveda.
- Señor Víctor Torres Jeldes.
- Señor Osvaldo Urrutia Soto.
- Señora Camila Vallejo Dowling.

Con posterioridad, luego de una serie de reemplazos ocurridos en la integración de la Comisión, una vez determinado el funcionamiento unitario de ambas instancias, su integración quedó resuelta de la siguiente manera:

- Señor Pedro Pablo Álvarez-Salamanca Ramírez.
- Señor Nino Baltolu Rasera.
- Señor Juan Luis Castro González.
- Señor Ricardo Celis Araya.
- Señor Francisco Eguiguren Correa.
- Señora Marcela Hernando Pérez.
- Señor Jaime Mulet Martínez.
- Señor Frank Sauerbaum Muñoz.
- Señor Diego Schalper Sepúlveda.
- Señor Leonardo Soto Ferrada.
- Señor Víctor Torres Jeldes.
- Señor Osvaldo Urrutia Soto.
- Señora Camila Vallejo Dowling.

Como ya se señaló, en la sesión constitutiva de ambas comisiones se procedió a la elección de Presidente, obteniéndose los siguientes resultados, en cada caso:

CEI 47:

-Por el diputado señor Jaime Mulet Martínez, 7 votos.

-Por el diputado señor Diego Schalper Sepúlveda, 6 votos.

En el caso de esta Comisión, por acuerdo unánime de sus integrantes, tanto aquellos que asistieron presencialmente como aquellos que estuvieron de manera telemática, se permitió que en el caso de estos últimos fuera el Secretario de la Comisión quien los llamara telefónicamente, para conocer su preferencia y resguardar el secreto de su voto.

CEI 48:
-Por el diputado señor Jaime Mulet Martínez, 7 votos.
-Por el diputado señor Diego Schalper Sepúlveda, 1 voto.

Respecto de esta Comisión, no se acordó proceder de la misma manera que en la anterior, por lo que solo pudieron emitir su preferencia, a través de una cédula, los diputados que asistían presencialmente.

En consecuencia, resultó elegido en ambas comisiones como Presidente el diputado señor **Jaime Mulet Martínez**, quien en definitiva ejerció tales funciones de manera unificada en ambas instancias, en virtud del acuerdo de los Comités Parlamentarios que les permitió funcionar de esta manera.

II.- RELACIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN EN CUMPLIMIENTO DE SU COMETIDO.

1.- SESIONES CELEBRADAS.

La Comisión, en cumplimiento del mandato encomendado por la Sala, celebró 26 sesiones (incluyendo la sesión constitutiva, 11 sesiones ordinarias y 14 sesiones especiales), más una sesión que fracasó por falta de quórum, recibiendo en ellas a diversas autoridades e invitados, quienes expusieron sobre las materias propias de la competencia de la Comisión.

2.- OFICIOS DESPACHADOS POR LA COMISIÓN.

Sesión	Oficio	Destino	Referencia	Respuesta
1ª 02/06/20	1/2020 02/06/2020 VER	Pdte. Cámara de Diputadas y Diputados	Comunica elección de Pdte. y días y horarios de funcionamiento	Sin Respuesta
1ª 02/06/20	2/2020 02/06/2020	Secretario General Cámara de	Solicita fusión CEI 47 con CEI 48	Sin Respuesta

	VER	Diputadas y Diputados		
1ª 02/06/20	3/2020 02/06/2020 VER	Redacción de Sesiones	Solicita taquígrafos	Sin Respuesta
1ª 02/06/20	4/2020 02/06/2020 VER	Canal TV Cámara de Diputadas y Diputados	Solicita transmisión de sesiones.	Sin Respuesta
2ª 11/06/20	5/2020 15/06/2020 VER	Presidente Comisión para el Mercado Financiero	Informe sobre: - El detalle de los créditos que se han otorgado en virtud de la ley N° 21.229. - El detalle de solicitudes pendientes y rechazadas de créditos requeridos en virtud de la ley N° 21.229. - El detalle de las reprogramaciones, repactaciones, refinanciamientos, suspensiones, y toda otra alteración de los créditos de consumo e hipotecarios que hayan efectuado los bancos desde el inicio de la pandemia de coronavirus.	Respuesta VER
2ª 11/06/20	6/2020 15/06/2020 VER	Presidente de la ABIF	Informe sobre: - El detalle de los créditos que se han otorgado en virtud de la ley N° 21.229. - El detalle de solicitudes pendientes y rechazadas de créditos requeridos en virtud de la ley N° 21.229. - El detalle de las reprogramaciones, repactaciones, refinanciamientos,	Respuesta VER

			suspensiones, y toda otra alteración de los créditos de consumo e hipotecarios que hayan efectuado los bancos desde el inicio de la pandemia de coronavirus.	
2ª 11/06/20	7/2020 15/06/2020 VER	Ministro Desarrollo Social	Solicita antecedentes sobre Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) y bono Covid 19	Sin Respuesta
2ª 11/06/20	8/2020 15/06/2020 VER	Ministra de Transportes y Telecomunicaciones	Informar qué políticas, programas, subsidios, bonos, subvenciones, u otro tipo de ayudas económicas directas ha efectuado dicha Secretaría de Estado, que tenga por beneficiario a los conductores del transporte de pasajeros, el transporte escolar, y el transporte de carga.	Respuesta VER VER
2ª 11/06/20	9/2020 15/06/2020 VER	Ministra del Trabajo y Previsión Social	1.- Informar sobre la aplicación de la ley N° 21.227, que faculta el acceso a prestaciones del seguro de desempleo (ley 19.728), en circunstancias excepcionales. 2.- Informar la situación del empleo a nivel nacional y regional	Respuesta VER
2ª 11/06/20	10/2020 15/06/2020 VER	Director SENCE	Informar sobre los subsidios, bonos, programas, créditos, o cualquier otro tipo de ayuda que provean a las micro, pequeñas y medianas empresas.	Respuesta VER

2ª 11/06/20	11/2020 15/06/2020 VER	CORFO	Informar sobre los subsidios, bonos, programas, créditos, o cualquier otro tipo de ayuda que provean a las micro, pequeñas y medianas empresas.	Sin Respuesta
2ª 11/06/20	12/2020 15/06/2020 VER	Gerente General SERCOTEC	Informar sobre los subsidios, bonos, programas, créditos, o cualquier otro tipo de ayuda que provean a las micro, pequeñas y medianas empresas.	Sin Respuesta
2ª 11/06/20	13/2020 15/06/2020 VER	Director Nacional INDAP	Informar sobre los subsidios, bonos, programas, créditos, o cualquier otro tipo de ayuda que provean a las micro, pequeñas y medianas empresas.	Respuesta VER
2ª 11/06/20	14/2020 15/06/2020 VER	Director Nacional FOSIS	Informar sobre los subsidios, bonos, programas, créditos, o cualquier otro tipo de ayuda que provean a las micro, pequeñas y medianas empresas.	Sin Respuesta
2ª 11/06/20	16/2020 15/06/2020 VER	Director Nacional de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena	Informar sobre los subsidios, bonos, programas, créditos, o cualquier otro tipo de ayuda que provean a las micro, pequeñas y medianas empresas.	Respuesta VER
2ª	17/2020	Secretario	Informar sobre los	Respuesta

11/06/20	15/06/2020 VER	Ejecutivo de la Comisión Nacional de Riego	subsidios, bonos, programas, créditos, o cualquier otro tipo de ayuda que provean a las micro, pequeñas y medianas empresas.	VER
2ª 11/06/20	18/2020 15/06/2020 VER	Subsecretario de Pesca y Acuicultura	Informar sobre los subsidios, bonos, programas, créditos, o cualquier otro tipo de ayuda que provean a las micro, pequeñas y medianas empresas.	Respuesta VER
2ª 11/06/20	19/2020 15/06/2020 VER	Subsecretaria de Minería	Informar sobre los subsidios, bonos, programas, créditos, o cualquier otro tipo de ayuda que provean a las micro, pequeñas y medianas empresas.	Respuesta VER VER VER
2ª 11/06/20	20/2020 15/06/2020 VER	Directora Nacional IND	Informar sobre los subsidios, bonos, programas, créditos, o cualquier otro tipo de ayuda que provean a las micro, pequeñas y medianas empresas.	Sin Respuesta
2ª 11/06/20	21/2020 15/06/2020 VER	INJUV	Informar sobre los subsidios, bonos, programas, créditos, o cualquier otro tipo de ayuda que provean a las micro, pequeñas y medianas empresas.	Sin Respuesta
2ª 11/06/20	22/2020 18/06/2020	Ministro de Salud	Informar sobre el número de personas contratadas y los montos informados en la	Sin Respuesta

	VER		atención primaria desde que se inició la pandemia.	
2ª 11/06/20	23/2020 19/06/2020 VER	Ministro de Salud	Informar sobre los casos positivos por COVID-19 en formato de datos abiertos.	Respuesta VER
2ª 11/06/20	24/2020 19/06/2020 VER	Ministro de Desarrollo Social	Informar sobre el nuevo instrumento de caracterización socioeconómica contemplado en la Ley de Ingreso Familiar de Emergencia.	Respuesta VER
2ª 11/06/20	25/2020 19/06/2020 VER	Director Nacional del Registro Civil e Identificación	Solicita remitir toda la información de las defunciones de los seis últimos meses.	Respuesta VER VER
4ª 22/06/20	26/2020 22/06/2020 VER	Ministro de Salud	Informar sobre el número de pacientes que estando hospitalizados por COVID fueron trasladados desde la Región Metropolitana a otras regiones, el criterio para seleccionar a los pacientes trasladados, el porcentaje de los que se encontraban hospitalizados en el sector público y privado, y el porcentaje de pacientes que fallecieron.	Respuesta VER
4ª 22/06/20	27/2020 22/06/2020 VER	Ministro de Salud	Informar si durante el período de pandemia han fallecido personas infectadas o con cuadros clínicos compatibles con COVID-19 esperando ser	Respuesta VER

			conectadas a un ventilador mecánico.	
4ª 22/06/20	28/2020 22/06/2020 VER	Ministro de Salud	Solicita antecedentes sobre el mecanismo de trazabilidad.	Respuesta VER
4ª 22/06/20	29/2020 22/06/2020 VER	Director Nacional del Registro Civil e Identificación	Reitera Oficio N° 25	Respuesta VER VER
4ª 22/06/20	30/2020 22/06/2020 VER	Subsecretario de Redes Asistenciales	Remita la nómina de los contratos de arriendo celebrado por el Ministerio de Salud, indicando sus gestiones para evaluar eventuales conflictos de intereses.	Respuesta VER
4ª 22/06/20	31/2020 22/06/2020 VER	Subsecretario de Redes Asistenciales	Remita antecedentes sobre el balance del plan de acción COVID-19 de la Subsecretaría, correspondiente a junio de 2020, y copia del contrato de arrendamiento efectuado con Espacio Riesco.	Respuesta VER
4ª 22/06/20	32/2020 22/06/2020 VER	Ministro de Desarrollo Social	Solicita antecedentes sobre el Registro Social de Hogares, RSH.	Respuesta VER
4ª 22/06/20	33/2020 23/06/2020 VER	Presidente Cámara de Diputadas y Diputados	Solicita autorización para sesionar.	Respuesta VER

5ª 25/06/20	34/2020 26/06/2020 VER	Ministro de Salud	Informe sobre cada una de las medidas adoptadas para controlar la pandemia.	Sin Respuesta
5ª 25/06/20	35/2020 26/06/2020 VER	Presidenta Colegio Médico	Remita todos los correos, oficios, o cualquier otra forma de comunicación enviada a las autoridades de Gobierno con respecto a la pandemia.	Sin Respuesta
5ª 25/06/20	36/2020 26/06/2020 VER	Ministro Desarrollo Social y Familia	Remita los últimos informes o estadísticas sobre las condiciones socioeconómicas y de vivienda, por comuna, región y a nivel nacional.	Sin Respuesta
5ª 25/06/20	37/2020 26/06/2020 VER	Ministro de Vivienda	Remita los últimos informes o estadísticas sobre las condiciones socioeconómicas y de vivienda, por comuna, región y a nivel nacional.	Respuesta VER VER VER
5ª 25/06/20	38/2020 26/06/2020 VER	Instituto Nacional de Estadísticas	Remita los últimos informes o estadísticas sobre las condiciones socioeconómicas y de vivienda, por comuna, región y a nivel nacional.	Sin Respuesta
5ª 25/06/20	39/2020 26/06/2020 VER	IDS Universidad del Desarrollo	Remita copia de informes de movilidad, explique conclusiones y relevancia para la evaluación y toma de decisión sobre cuarentenas preventivas.	Sin Respuesta

5ª 25/06/20	40/2020 26/06/2020 VER	Director ISCI	Remita copia de los informes de movilidad confeccionados, explique conclusiones y relevancia para la evaluación y toma de decisión sobre cuarentenas preventivas.	Respuesta VER
5ª 25/06/20	41/2020 26/06/2020 VER	Presidenta Colegio Médico	Remita todos los correos, oficios, o cualquier otra forma de comunicación enviada a las autoridades de Gobierno con respecto a las cuarentenas.	Sin Respuesta
5ª 25/06/20	42/2020 26/06/2020 VER	Alcalde Mun. de Recoleta	Remita oficios, correos, o cualquier otro tipo de comunicaciones enviadas a autoridades del Gobierno Central.	Sin Respuesta
5ª 25/06/20	43/2020 26/06/2020 VER	Alcalde Mun. de Independencia	Remita oficios, correos, o cualquier otro tipo de comunicaciones enviadas a autoridades del Gobierno Central.	Sin Respuesta
5ª 25/06/20	44/2020 26/06/2020 VER	Alcalde Mun. de Puente Alto	Remita oficios, correos, o cualquier otro tipo de comunicaciones enviadas a autoridades del Gobierno Central.	Sin Respuesta
5ª 25/06/20	45/2020 26/06/2020 VER	Alcalde Mun. de la Florida	Remita oficios, correos, o cualquier otro tipo de comunicaciones enviadas a autoridades del Gobierno Central.	Sin Respuesta
5ª	46/2020	Alcaldesa	Remita oficios, correos, o	Sin

25/06/20	26/06/2020 VER	Mun. de Maipú	cualquier otro tipo de comunicaciones enviadas a autoridades del Gobierno Central.	Respuesta
5ª 25/06/20	47/2020 26/06/2020 VER	Alcalde de la Mun. de Valparaíso	Remita oficios, correos, o cualquier otro tipo de comunicaciones enviadas a autoridades del Gobierno Central.	Sin Respuesta
5ª 25/06/20	48/2020 26/06/2020 VER	Director General de la PDI	Informe sobre el número de personas promedio que ingresaron a Chile desde países de alto riesgo, desde diciembre de 2019.	Respuesta VER
5ª 25/06/20	49/2020 26/06/2020 VER	Director Nacional CENABAST	Informe los tipos y cantidad de test para detectar al COVID que se encontraban disponibles para ser utilizados por el sistema de salud público.	Respuesta VER
5ª 25/06/20	50/2020 30/06/2020 VER	Ministro de Ciencias	Remita todos los informes sobre modelos de predicción que se encuentren en su poder y los informes elaborados por los asesores de la Mesa de Datos.	Respuesta VER VER
5ª 25/06/20	51/2020 30/06/2020 VER	Ministro del Interior	1.- Remita listado de empresas con categoría de “servicio esencial”. 2.- Remita todo antecedente sobre control fronterizo y migratorio. 3.- Remita copia del acta del Comité Operativo de Emergencia.	Sin Respuesta

6ª 02/07/20	52/2020 06/07/2020 VER	Ministro de Salud	Solicita antecedentes sobre: 1.- Tasa de letalidad del sistema privado y público de salud. 2.- Estudios de inmunidad. 3.- Carnet Covid 4.- Modelos de proyección de la evolución de pandemia. 5.- Total de fallecidos desde el año 2015, especificando a los fallecidos producto de enfermedad respiratoria.	Sin Respuesta
7ª 06/07/20	53/2020 06/07/2020 VER	Ministro de Salud	Reitera Oficio N° 34	Respuesta VER
7ª 06/07/20	54/2020 07/07/2020 VER	Presidente de la Cámara de Diputados y Diputadas.	Téngase presente sobre funcionamiento de otras comisiones investigadoras relacionadas con la pandemia (Ej.: CEI 50).	Sin Respuesta
9ª 13/07/20	55/2020 14/07/2020 VER	Director Servicio Salud, Región de O´Higgins	Remita el listado de acciones ejecutadas por su servicio en el contexto de la pandemia COVID-19, y todos los antecedentes de que disponga sobre la contratación, ocupación y uso de residencias sanitarias en la Región de O´Higgins.	Respuesta VER
9ª 13/07/20	56/2020 14/07/2020 VER	SEREMI Salud, Región de O´Higgins	Informe sobre: 1.- Recursos destinados a la atención primaria de salud y su distribución dentro de la región. 2.- Acciones ejecutadas en	Respuesta VER

			torno a la búsqueda activa de personas contagiadas a través de la toma de exámenes PCR. 3.- Plan de respuesta a las cuarentenas que está actualmente vigentes y cuáles son los resultados esperados.	
9ª 13/07/20	57/2020 14/07/2020 VER	Ministro de Salud	Remita todas las intervenciones oficiales del Presidente de la República y del ex Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, en relación a la pandemia COVID-19.	Respuesta VER
9ª 13/07/20	58/2020 14/07/2020 VER	Subsecretario de Redes Asistenciales	Solicita información detallada sobre las residencias sanitarias.	Respuesta VER
9ª 13/07/20	59/2020 14/07/2020 VER	Ministro de Salud	Remita todos los datos que fundamentan los porcentajes de trazabilidad afirmados por la autoridad sanitaria, tanto a nivel nacional como regional.	Sin Respuesta
10ª 20/07/20	60/2020 20/07/2020 VER	Presidente de la Cámara de Diputados y Diputadas	Solicita autorización para sesionar.	Sin Respuesta
15ª 17/08/20	61/2020 17/08/2020 VER	Subsecretaria Ministerio de Salud	Remita las actas de las reuniones del Comité de Brote.	Sin Respuesta
15ª	62/2020	Ministro de	Informe sobre la	Sin

17/08/20	17/08/2020 VER	Salud	designación pendiente del cargo de Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región de O'Higgins.	Respuesta
18ª 03/09/20	63/2020 16/09/2020 VER	Fiscal de la Cámara de Diputados y Diputadas.	Se remite información y antecedentes detallados de la Comisión, solicitados por el Ministerio Público.	Sin Respuesta
19ª 21/09/20	64/2020 21/09/2020 VER	Subsecretaria de Salud	Informe sobre: 1.- Cantidad de personas contratadas en la Seremi de Salud RM con sujeción al Código del Trabajo, y si se encuentran al día en el pago de sus remuneraciones. 2.- Licitaciones y contrataciones de "call center" para labores de combate a la pandemia.	Sin Respuesta
19ª 21/09/20	65/2020 21/09/2020 VER	Subsecretaria de Salud	Informe sobre la designación pendiente del cargo de Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región de O'Higgins.	Sin Respuesta
21ª 01/10/20	66/2020 01/10/2020 VER	Secretario Jefe de Comisiones, Cámara de Diputados.	Se remite información sobre sesión fracasada N° 21.	Sin Respuesta
22ª 05/10/20	67/2020 05/10/2020 VER	Ministro de Salud	Reiteración de todos los oficios pendientes.	Sin Respuesta

23ª 08/10/20	68/2020 08/10/2020 VER	Ministro de Salud	Informe la manera en que, en el marco de la pandemia Covid-19, se ha dado cumplimiento a la normativa legal y reglamentaria relacionada con el respeto a las costumbres y creencias ancestrales de los pueblos originarios.	Sin Respuesta
23ª 08/10/20	69/2020 08/10/2020 VER	Director de Aeronáutica Civil de Chile	Informe sobre los vuelos, regulares y chárter, cuyo origen o destino hayan sido los aeropuertos: -El Loa de Calama, -Andrés Sabella de Antofagasta, -Desierto de Atacama de Caldera, con especial indicación de su número, la cantidad de pasajeros transportados en cada caso y las medidas de control adoptadas para impedir la propagación del virus Covid-19.	Sin Respuesta
23ª 08/10/20	70/2020 08/10/2020 VER	Ministro de Salud	Solicita antecedentes sobre la diligencia de incautación de correos electrónicos que se trató de llevar a cabo el día 8 de septiembre de 2020 por el señor Fiscal Marcelo Carrasco.	Sin Respuesta
23ª 08/10/20	71/2020 08/10/2020 VER	Ministro del Interior y Seguridad Pública	Solicita antecedentes sobre la diligencia de incautación de correos electrónicos, que se trató de llevar a cabo el día 8 de septiembre de 2020, por el señor Fiscal Marcelo Carrasco.	Sin Respuesta

23ª 08/10/20	72/2020 19/10/2020 VER	Presidente de la Cámara de Diputados y Diputadas	Solicita prórroga del plazo de funcionamiento de la Comisión.	Sin Respuesta
24ª 26/10/20	73/2020 26/10/2020 VER	Presidente de la Cámara de Diputados y Diputadas	Reitera solicitud de prórroga de plazo de funcionamiento de la Comisión.	Respuesta VER

3.- INVITADOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN.

3.1.- Director Nacional del Registro Civil e Identificación, señor Jorge Álvarez Vásquez.

Manifestó en primer lugar que el Registro Civil, desde 1885, lleva los registros de nacimientos, matrimonios y defunciones, y actualmente vamos en 32 registros, y fue más o menos en los años 60 a 64 cuando el Ministerio de Salud y el INE se dieron cuenta de que la información que tenía el Registro Civil, y que se recogía al momento del nacimiento, del matrimonio, de las defunciones, era muy relevante. Por lo tanto, de ahí empezaron a hacerse formularios que después analizaban el INE y el Ministerio de Salud para hacer estudios epidemiológicos, de morbilidad, de mortalidad infantil, mortalidad materna.

En 1982 se hace el Convenio Tripartito de Estadísticas Vitales, que tiene más de 35 años. Es uno de los pioneros en Latinoamérica. Además, es recomendado por las Naciones Unidas como una buena práctica para recoger las estadísticas vitales. Ese año se decidió que las inscripciones iban a tener, por un lado, la inscripción y, por el otro, una encuesta censal, y el fundamento de esa inscripción. En materia de defunción, el certificado médico de defunción, que es el documento que iba a fundar la inscripción de la defunción, y al otro lado la inscripción como un solo documento.

Desde 1982 ese convenio permitía que esos documentos fueran revisados después por funcionarios del Ministerio de Salud y del INE acá, en el Registro Civil. En 2000 empezaron a hacerse las inscripciones *online,* y desde ese momento el sistema de entrega de la información estadística que iba en las inscripciones se empezó a hacer también *online*, de manera tal que ya no hubo más funcionarios del INE o del Ministerio de Salud en el Registro Civil, porque la información comenzó a transferirse de manera electrónica. Actualmente, la regla estadística es que los hechos vitales deben inscribirse en la circunscripción donde

ocurrieron. La circunscripción, por regla general, corresponde a la comuna. Por ejemplo, si una persona fallece en La Granja, tiene que inscribir la defunción en La Granja.

La inscripción de defunción puede realizarse fundada en tres mecanismos. El primero, y el más usual, que debe agrupar al 95 por ciento de todas las inscripciones de defunción, es el certificado médico de defunción que extiende un médico, que fue el que lo diagnosticó, el que lo estaba atendiendo, el médico que conoce de la muerte. Puede ser un médico que es funcionario público o puede ser un médico que no lo es. Él extiende el certificado médico de defunción.

Un segundo mecanismo, que es muy inusual en estos días, es la declaración de dos testigos, cuando no hubo un médico que conociera del hecho. En los lugares rurales va quedando muy poco.

La tercera forma es a través de una orden judicial, por una muerte violenta. Los cuerpos van al Servicio Médico Legal, donde se les practica la autopsia, y en virtud de eso se hace la inscripción de la defunción.

Estas inscripciones de defunción deben tener un requirente, que además debe dar la información estadística que les señalaba. Se les pregunta por la residencia permanente de la persona que falleció, su ocupación, los estudios que alcanzó a tener. Esa información es muy relevante.

Ahí el médico, en el certificado médico de defunción, y esto de acuerdo con las pautas que ha dado la OMS, establece las causas de muerte. Hay una causa de muerte que es inmediata, que es la condición que produjo la muerte; hay una causa originaria, que son enfermedades, lesiones, accidentes, suicidios u homicidios. El médico tiene dos líneas para poner las causas originarias, o sea, las que causaron la inmediata.

En tercer lugar, el médico también puede poner, y es bueno que así lo haga, los estados morbosos concomitantes.

Entonces, hay una división de causas de muerte para explicar la muerte como un proceso, y para determinar verdaderamente qué ocurrió.

Esas causas de muerte son codificadas por el Ministerio de Salud, por medio de un documento técnico, que es la CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud. Ellos miran estas causas y determinan eventualmente a qué grupo o familia de causas de muerte corresponde.

El trabajo que hace el Ministerio de Salud es de largo aliento. El Convenio Nacional de Estadísticas Vitales perseguía una sola cifra de crecimiento demográfico, de mortalidad infantil y materna, de edades de esperanzas de vida, entre otras. Por eso, el Registro Civil aporta datos, que en algunas oportunidades

son bastante básicos -como la piedra de la minería-, que pasaban por el Ministerio de Salud, donde los depuraban; y que pasaban por el INE, donde también los depuraban, para elaborar el anuario estadístico de cada año. Para esta elaboración se tomaba aproximadamente 2 años -creo que vamos en el anuario de 2018-, y después de haber depurado todo eso el Ministerio de Salud clasifica las causas de muerte por área. Este es un trabajo muy interesante y que ha sido relevado internacionalmente. Incluso, me ha tocado ir a otros países y les llama mucho la atención el sistema chileno.

Hizo énfasis en que en Chile no hay subregistro de defunciones. La regla general es que el 98 por ciento o más de las personas fallecidas se inscriban, no tenemos subregistro, como ocurre en otro países que tienen grandes problemas. En Chile, lo que puede ocurrir es que no se determine la identidad de una persona y se inscriba como un desconocido y los familiares no puedan encontrarlo porque figura como desconocido. Para esto, nuestro Código Penal contempla una regla muy interesante: los administradores de cementerio no pueden inhumar un cadáver sin el pase de sepultación, y este pase lo entrega el Registro Civil cuando hace la inscripción. La idea es que no se entierre ningún cadáver sin que, previamente, haya sido inscrita la defunción.

Señaló que hasta la semana pasada anterior se entregaban íntegramente las defunciones. Las entregábamos semanalmente, de manera electrónica, a través de un sistema FTP, que es una ruta o servidor que cumple con todas las medidas de seguridad. En este servidor se cargan todas las defunciones para que luego el Ministerio de Salud las saque para analizarlas y codificarlas.

Desde el lunes pasado comenzamos con un nuevo sistema, que es una entrega diaria, porque antes la entrega era semanal. Lo que nos solicitó el Ministerio de Salud fue que hiciéramos entrega diaria de los datos y lo estamos haciendo de esa forma para el análisis que ellos realizan.

Señaló que las inscripciones de los sábados y domingos no quedan inmediatamente en la base de datos sino hasta el lunes, porque deben hacer el procedimiento de inscripción en la oficina de Quinta Normal, que es la única abierta los días sábados o domingo aunque no correspondan a la jurisdicción donde falleció la persona. No significa que el Registro Civil esté atrasado o tenga problemas administrativos. Ahora, las inscripciones que se hacen en la semana son en línea, es decir, la persona va a inscribir la defunción y en ese momento se le otorga el certificado de defunción, que puede obtenerse por medios presenciales en cualquier oficina del Registro Civil, en los medios *web*, en la App del Registro Civil y en los tótems de autoatención en Chile o en el extranjero. Por tanto, esa información electrónica es la que le damos ahora al Ministerio de Salud diariamente.

Respecto de la forma cómo se elabora la información del Ministerio de Salud para señalar las personas que han fallecido, no conocemos cuáles son los

procedimientos. El único cambio que hemos hecho en nuestro procedimiento es la entrega diaria, en lugar de semanal, y que desde la semana anterior se abrió como oficina adicional para inscribir defunciones una en la calle Huérfanos.

Explicó que si le preguntaban al Registro Civil cuántas personas fallecieron de covid-19, dado que no son expertos en el tema y solo cumplen una función registral, lo único que podrían hacer es buscar aquellas inscripciones de defunción que contengan las palabras Covid, o coronavirus, incluso con faltas de ortografía, de acuerdo a la manera textual en que se haga la inscripción.

Agregó que el Ministerio de Salud no le ha solicitado informes adicionales, porque no tienen ningún dato adicional a toda la información ya entregada.

Respecto del aumento del total de defunciones contabilizadas durante los meses de marzo, abril y mayo de este año, en comparación con los mismos meses de años anteriores, explicó que el Registro Civil no hacía análisis estadísticos.

3.2.- Presidente Ejecutivo de Espacio Público, señor Diego Pardow Lorenzo:

VER PRESENTACIÓN

A modo de contexto, quiero relatar que, como Espacio Público, estamos realizando algunos informes que salen publicados lunes, miércoles y viernes donde tratamos de hacer es una curaduría de los datos públicos y tratar de observar las tendencias que nos van llamando la atención. Como centro de pensamiento, nuestra misión es tratar de impulsar siempre que las decisiones de política pública se basen en evidencia y que el diálogo en torno a la política pública también se base en evidencia. Creemos que la evidencia es la gran solución y la gran herramienta para que la democracia pueda honrar el compromiso que se le presenta en el siglo XXI, que es enfrentar audiencias tremendamente polarizadas y saturadas de información. Entonces, frente a este escenario de saturación de información, de polarización de la discusión, la evidencia surge como el espacio común donde el diálogo puede construir y donde es posible encontrar espacios de encuentro mutuo, que es de lo que se trata una democracia.

Los datos con los que elaboran sus informes son todos datos públicos, pero quizás no todos saben cuáles son las fuentes. Explicaré un poco su estructura, también la metodología de este informe, los principales resultados y las conclusiones que se pueden sacar de estos resultados.

Observan en la presentación el informe del 3 de junio, donde se estimaron las muertes en exceso, que no tendrían una explicación a partir de las

dos posibles explicaciones más sencillas que uno puede considerar, esto es la trayectoria histórica de fallecimientos de un país, ajustado por todo lo que hay que ajustar, y la epidemia. Al descartar estas dos cosas, hay muertes que no caben en ninguna de las dos posibles explicaciones. Ese es el objeto del estudio, en el período comprendido entre el 2 de abril y el 27 de mayo, básicamente las cuatro semanas de abril y las cuatro semanas de mayo de este año. El 7 de junio se reconocieron algunas muertes adicionales por covid-19 debido a un cambio en la manera de contabilizar los fallecimientos por parte de la autoridad sanitaria. Estas muertes han sido agregadas de forma retrospectiva, pero la actualización de este estudio está pendiente.

Ahora bien, el centro de este estudio se construye sobre la base de datos del Registro Civil, publicada el 16 de mayo. Lo que hace es entregar información diaria, desagregada por comuna y número de fallecidos, entre el 1 de enero de 2010, y nosotros consideramos hasta el 27 de mayo.

Había varios desafíos metodológicos. Lo que hicimos fue traducir todos los calendarios a semanas de 7 días; o sea, consideramos solo semanas de 7 días, porque al hacerlo por año calendario es más problemático, porque no todos los años tienen la misma cantidad de feriados, no todos los años tienen la misma cantidad de días hábiles. Entonces, para limitar la dispersión que podría generar ese factor de confusión, construimos la base de datos a partir de semanas.

Lo que hicimos fue poner un límite en el 2 de abril de 2020. Consideramos que ese día, el 2 de abril, era el inicio de la epidemia. Entonces, establecimos un modelo analítico que permitiera extender o considerar cuál sería la cantidad de fallecidos para este año, considerando todos los demás factores, salvo la epidemia, es decir, considerando el crecimiento poblacional, la cantidad de días feriados y días hábiles, la estacionalidad, en fin. Todos estos factores están considerados en los distintos elementos de este modelo.

Por lo tanto, lo que hicimos fue utilizar toda la información que precede al 2 de abril, que precede al inicio de abril, para estimar lo que ocurrió en estas ocho semanas, que son las cuatro semanas de abril y las cuatro semanas correspondientes a mayo. Luego, cuando se tiene esta trayectoria histórica se compara con los registros reales del Registro Civil para estas cuatro semanas. Esto se hizo con una regresión lineal y con una serie de tiempos, que se denomina ARIMA.

Básicamente, estos son los principales métodos de análisis que se utilizan, atendida la naturaleza de los datos. Lo hicimos considerando dos unidades de análisis, unidades de análisis regionales y unidades de análisis nacionales, de tal manera que quedó una matriz de 2x2, regresión lineal, ARIMA, para un análisis regional que suma las distintas partes y considera las regiones simplemente sumándola en una sola unidad nacional.

Hay dos términos relevantes para entender los resultados del estudio: la idea de muertes en exceso y la idea de muertes en exceso no explicadas.

La idea de muertes en exceso es el número oficial del Registro Civil, menos la trayectoria histórica de la semana que nos habría correspondido de no mediar la epidemia; o sea, fallecidos efectivos versus el resultado del modelo, que debe ser la revisión lineal o ARIMA, que es el promedio de todas las anteriores.

Al respecto, consideramos aquellos fallecimientos que ya eran considerados como explicables por la covid-19, atendido el criterio que determinaba la autoridad. Es decir, restándole además aquellos fallecimientos considerados por la propia autoridad como fallecimientos covid-19. Entonces, queda un remanente no explicado.

Esto es, tomamos el número de fallecimientos efectivos del Registro Civil, le restamos la trayectoria histórica, le restamos el número de fallecimientos considerados por la propia autoridad sanitaria como fallecimientos covid-19, y el remanente que queda corresponde a las muertes en exceso no explicadas.

En términos sintéticos, encontramos que la primera semana de abril el exceso no explicado era negativo. De hecho, estaba debajo de la proyección y es la tendencia que uno hubiese esperado, porque este año, con covid, hay muchos otros tipos de fallecimientos que se han reducido. Por ejemplo, mensualmente mueren 150 chilenos en accidentes de tránsito, promedio. Esa cantidad se ha reducido debido a la cantidad de cordones sanitarios y a las cuarentenas que ha habido a lo largo del país. Entonces, como ese número de fallecidos se ha reducido, lo natural era que la proyección fuera negativa; es lo que uno hubiese esperado.

A mediados de mayo, la tendencia se revierte y empieza a aumentar, pero todavía estaba dentro de nuestros márgenes de error y, por lo tanto, podía ser explicado. Este es un método estadísticos y más que hablar de números específicos, lo apropiado es hablar de márgenes de error; entonces, cuando este exceso -lo explicábamos- superaba el margen de error, no era particularmente problemático, pero ya íbamos a finales de abril y con mayor claridad en mayo, y especialmente a finales de mayo, este exceso no explicado de fallecidos supera con creces el margen de error.

Y lo que encontramos, si es que uno quiere sacarlo como en términos agregados, es que una vez descontado el total de fallecidos consignados en el Registro Civil, si uno le restaba la proyección para un año normal, quedaban algo así como 1.500 fallecidos. Esos eran los muertos en exceso. De esos 1.500 había que volver o restar 800 muertos, que correspondían a aquellos que la autoridad sanitaria consideraba como fallecidos covid. Entonces, quedaban 700 fallecidos sin explicación, los que se pueden apreciar en esta última columna de la presentación, que están mayoritariamente agrupados en la segunda quincena de

mayo. Y de los 700 fallecidos hay 500 fallecidos que están en la segunda quincena de mayo.

En un inicio, la realidad estaba debajo de la proyección, lo cual era esperable por la disminución de fallecimientos por otras causas. Entonces, en razón del tiempo, quisiera hablar simplemente de los márgenes de error. Si se fijan en la presentación, el problema está especialmente localizado en tres regiones. En las Regiones Metropolitana, de Valparaíso y de Magallanes. En otras regiones uno podría encontrar una variación de números, y la clave de nuestra aproximación es mirar este número y este número *(apoya sus dichos en lámina "Tabla 2: "; muertes en exceso no explicadas, regiones")* y la relación que tienen en cuanto a órdenes de magnitud.

Lo que se encuentra es que en la Región de Magallanes el exceso no explicado representaba algo así como el doble de la desviación estándar; en la Región de Valparaíso representaba algo así como el triple de la desviación estándar y en la Región Metropolitana algo así como diez veces la desviación estándar. Y la conclusión es que esos 700 fallecimientos, que correspondían a los fallecimientos no explicados, podían tener dos explicaciones distintas. Se podría tratar de personas que fallecieron sin ser adecuadamente diagnosticadas de coronavirus, pero que tenían la enfermedad. Esta podría ser una de las dos posibles explicaciones de esos 700 fallecimientos.

La segunda posible explicación de fallecidos sin diagnóstico es que se trataría de fallecimientos indirectos. Es decir, personas que fallecen durante el período de la epidemia, pero sin estar contagiadas por la epidemia. El ejemplo tradicional es una persona con un problema coronario, que sufre un ataque al corazón, llama a la ambulancia -no tiene coronavirus-, pero la ambulancia no puede acudir para atenderlo, porque el sistema está funcionando solo en marcha y no puede cubrir esa necesidad. Entonces, esa persona no fallece por coronavirus, pero fenece en el período de tiempo en el cual el sistema hospitalario está más estresado, y esto podría explicar la magnitud de esos 700 fallecidos.

Nosotros no tenemos cómo adjudicar el estrés para estas dos explicaciones, nunca lo hemos intentado, porque para eso el ejercicio que uno debe hacer es mirar las causas de fallecimientos que están en los certificados de defunción del Servicio de Registro Civil, hacer un ejercicio similar al que se establece en los criterios de la OMS, que dicen que se debe buscar una causa probable, o sea, un cuadro clínico compatible por un fallecimiento de coronavirus y cruzarlo con el sistema de trazabilidad, para ver si es que podría haber tenido un contacto probable con coronavirus y, sobre esa base, adjudicar entre las dos explicaciones. Nosotros no tenemos acceso a esa información y funcionamos sobre la base de información exclusivamente pública.

Entonces, si bien no tenemos manera de adjudicarnos esa información, sí podemos mirar la evidencia comparada para tratar de tener una idea en términos de órdenes de magnitud de qué es lo que está ocurriendo. Y la evidencia comparada nos muestra, en particular, una situación interesante entre Holanda Y

Bélgica, nos muestra sus diferencias de criterios para contabilizar a los fallecidos, diferencias que eran bien marcadas.

Anterior a la fecha en que fue realizado este estudio, Holanda tenía un criterio para contar el fallecimiento muy similar al que utilizaba la autoridad sanitaria chilena. Y cuando los investigadores revisaron una metodología similar a esta, la proporción de los fallecimientos que se podía explicar con este criterio restrictivo de contabilización de fallecimientos por coronavirus era cercana al 60 por ciento, lo cual es más o menos parecido a lo que nosotros observábamos; es decir, 800 dividido en 1.500, más o menos 60 por ciento.

En contraste, la autoridad belga, el país vecino, relativamente similar, demográfica, geográfica y socialmente, utilizaba un criterio mucho más laxo, mucho más similar al de la Organización Mundial de la Salud. Este otro país, Holanda (Bélgica), con este criterio más laxo, era capaz de explicar cerca del 90 por ciento de sus muertes en exceso.

Ahora, si uno analiza cualitativamente las diferencias entre estas dos experiencias internacionales, la principal diferencia está radicada en personas que fallecieron en su casa sin haber nunca pasado por recintos hospitalarios, lo cual en Europa es particularmente cierto en el caso de los asilos de ancianos.

Entonces, si uno compara estos dos órdenes de magnitud, al menos en la realidad europea, la primera explicación de los fallecidos sin diagnóstico es en términos de magnitud mucho más importante que los fallecidos indirectos o las personas que, sin tener coronavirus, fallecieron en el mismo espacio temporal.

Lo descrito puede no ser cierto para Chile, porque tenemos otra geografía, estamos en otra época del año, tenemos otra composición demográfica y hay un montón de factores a considerar, pero, a falta de mayor información, lo que uno sí puede ver es que de estos 700 una parte relevante podría ser explicable a la luz de personas que fallecieron sin el adecuado diagnóstico.

3.3.- Presidente de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, doctor Tomás Regueira:

El doctor Regueira contestó las preguntas que le preguntaron los miembros de la Comisión, sin realizar una presentación previa.

En este formato, señaló que quería transmitir que la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva no pertenece al Minsal bajo ninguna circunstancia. Antes de que partiera la pandemia en Chile, cuando la veíamos venir, decidimos hacer una serie de actividades y participar activamente en las recomendaciones, pero somos una entidad que no participa ni está afiliada al Minsal. Es una sociedad sin fines de lucro. Nada de lo que hacemos, o hago en relación con esto, tiene fines de lucro.

Indicó que la Sochimi es llamada por el Minsal a fines de marzo o mediados de marzo. Fuimos citados a formar una comisión asesora de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. En esa comisión, fueron citados el doctor Luis Castillo, Pedro González, que ha trabajado en el Minsal como asesor durante mucho tiempo; la doctora Ruiz, como jefa del Intensivo del hospital Sótero del Río, y la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva. De esta manera, participamos de una comisión asesora que sesionó por mucho tiempo semanalmente. En el último mes, estamos sesionando más bien ocasionalmente, cada dos semanas, o cuando nos citan.

Nos citaron, según manifestó el subsecretario en ese momento, básicamente por tres razones: la primera para aportar en las capacitaciones; la segunda es en relación con generar un sistema de turnos que diera respuesta a dudas de la gente que está en la cancha trabajando, tanto médicos, como enfermeras y kinesiólogos, y la tercera es una primera aproximación al tema ético de la última cama. Trabajamos intensamente. Como ustedes saben, generamos una gran estructura de capacitación que funciona hasta hoy, todos los días, de doce a una. En conjunto con el hospital digital, generamos una parrilla de capacitaciones, de recomendaciones, etcétera. Creo que ha sido muy positivo, por cuanto se han conectado más de 80.000 personas, 80.000 conexiones, que deben ser muchos miles de personas. Además, todas estas cosas son subidas a la *web*, a Facebook, etcétera, donde hay más de 200.000 descargas. Ese fue el énfasis fundamental que ha tenido Sochimi en relación con la petición del Minsal.

Respecto de los turnos, se creó un sistema de turnos médicos, de enfermeros y kinesiólogos financiados por el Minsal, gestionado por la Sochimi, pero con pago directo del Minsal a las personas. Sochimi no ve nada de eso. Esto partió como caballo de carrera; sin embargo, al mes o mes y medio nos dimos cuenta de que los llamados principales eran para kinesiología y enfermería, muy poco para médicos. Probablemente, porque la gente o bien lee, o bien sabe o cree que sabe, o tiene formas paralelas de adquirir la información. Por lo tanto, se decidió suspender el pago por horas y empezaron a pagar por llamados. Eso hoy en día está funcionando tanto para médicos, enfermeras y kinesiólogos. En caso de que esto sea reocupado, lo que ocurre alrededor de tres a cinco veces al día, la persona que contesta el teléfono, sea un kinesiólogo o una enfermera, recibe un pago del Minsal por el concepto de llamado. Si yo estoy de turno, o cualquiera que esté de turno, y nunca lo llamaron, no hay pago. Un poco para transparentar eso.

Lo tercero es el tema de la última cama o dimensión ética. Trabajamos en un documento inicial, pero todavía estamos a la espera de un documento que el Minsal determine cuál va a ser la forma o escala a utilizar en Chile, de ser necesaria. Hay criterios internacionales validados. En primer lugar, falla multiorgánica; en segundo lugar, condiciones basales del paciente; en tercer lugar, la edad. Es la escala más frecuente que se ocupa en el mundo, pero eso no se ha decretado, autorizado ni formalizado en ninguna instancia. Tenemos una carta de la Universidad Católica, pero que no define conducta, y tenemos el documento nuestro que define también cosas generales, porque es difícil entrar en el área

chica en este tema. Así que ese fue el rol que ha tenido Sochimi respecto al Minsal; participar en esta comisión.

Respecto de Minsal y Sochimi, no tuvimos nunca una reunión con el Ministro de Salud, Jaime Mañalich. Siempre tuvimos reuniones con el Subsecretario de Redes Asistenciales, Arturo Zúñiga, en forma semanal, como les comenté. En ellas se nos daba cuenta muy brevemente de la marcha de la situación y se nos hacían preguntas, como por ejemplo si tales ventiladores son útiles, si las cánulas son útiles o no, a las cuales respondíamos en la medida de que se nos requería.

En cuanto a la expansión de camas y su diseño, no tuvimos ninguna participación. Nos hubiese gustado tenerla respecto de dónde poner las camas, qué exigencias hacerles a cada centro, cómo centralizar el proceso o cómo generarlo. Lo digo con humildad, porque no tenían por qué llamarnos, y no fuimos llamados. Sobre el objetivo de 3.500 camas nos enteramos por la prensa. Por lo tanto, el rol nuestro en cuanto al diseño de dónde deben crecer las camas no existe. Más bien hemos tratado de estar siempre aliados al Minsal para colaborar, generar oportunidades, en el sentido de expresar, mira, acá puede ser, allá está pasando esto, acá hay una oportunidad, pero no hemos participado en ninguna reunión de gestión ni de diseño de camas.

Respecto de la situación actual y a la capacidad de expansión, si todavía existe plasticidad, es una pregunta bien compleja. Como ustedes bien saben es prácticamente imposible proyectar actualmente con los números que se conocen. Es muy difícil proyectar. Tengo varias proyecciones de movilidad de la Universidad de Chile, del Instituto Ciencia y Vida y de la UV. Yo diría lo siguiente. Soy médico intensivista. Si me paro en la vereda del intensivo y digo que estoy parado en los intensivos, están todos llenos. En este momento están todos los intensivos llenos en Santiago. Hay ventilación fuera de la unidad, como vamos a comentar en unos segundos, y creo que la plasticidad que hay es poca. La situación es que en la Unidad de Cuidados Intensivos en este momento hay ocupando cuidados intensivos 2.400 pacientes. Hay ventilados 2.024 en intensivo. En nuestro reporte incluimos todas las unidades que encontramos, porque van apareciendo algunas que uno se tiene que enterar que existen, porque UGCC tampoco lo sabe.

Las unidades de agudos, ¿dónde se ventila? Se ventila en la unidad de paciente crítico, que tiene cuatro paredes; se ventila en pabellón, se ventila en pediatría y en urgencia. Urgencia es otro capítulo y lo voy a separar. Se ventila en pediatría y en las salas de agudos, en sala de medicina, digamos. Los intermedios, en Santiago antiguo, lo que uno entendía por unidad de pacientes críticos, tiene intensivo intermedio. Los intermedios son todos intensivos ahora, por lo tanto, no hay intermedios. Lo que hay es reconversión de salas de medicina o salas de agudos que tenía el hospital Sótero del Río o el hospital San José. Creo que en el Sistema público queda poca plasticidad. Ya se está saturando bastante.

Hay espacios en Santiago. Hay 300 máquinas de anestesia útiles. Se están ventilando hoy de 180 a 190 pacientes en máquinas de anestesia. Se están ventilando entre 60 y 80 pacientes en pediatría. Y en salas de agudos, no tengo el número exacto de cuánto es el total, pero deben ser al menos 100 pacientes. Cuando todo se llena, empieza a rebasar las urgencias; eso lo sabemos. Y en las urgencias en Santiago hay ventilados en estos momentos entre 90 y 100 pacientes. La mortalidad de un paciente ventilado en urgencia es altísima. Yo diría que si no es subido a intensivo en 48 o 72 horas su posibilidad de sobrevivir es muy bajita.

Por lo tanto, es clave entender que la urgencia no es estar hospitalizado. Cuando uno dice urgencia y hay 100 pacientes hospitalizados, sí, pero no. Están en transición. Porque si yo llego a esa urgencia y hay 15 hospitalizados, quedo 16 para entrar. No quedo uno.

La información que me llega es que el sistema asegurador privado tiene dinero. No hay cirugías, no hay prestaciones. Está acumulando cotizaciones y, por lo tanto, las clínicas con integración vertical entiendo tienen un compromiso, que desconozco, de hacer un esfuerzo más. Las clínicas no integradas verticalmente, es decir, que no dependen de una Isapre -no tengo la información, porque no tengo los papeles- entiendo que están con problemas de liquidez, porque todo es covid-19, el 90 por ciento es GRD y no hay pago aún. Por lo tanto, me cuesta pensar que las clínicas no integradas verticalmente puedan hacer un esfuerzo si no hay una señal desde las aseguradoras o desde el gobierno.

Respecto de la ventilación dual, que consiste en ventilar a dos pacientes con un ventilador, que en el hemisferio norte se hizo como se dice en buen chileno “a la que te criaste”, una cañería con una Y, y uno para cada lado y veamos qué pasa, les fue muy mal. La mortalidad es muy alta. Es un tratamiento fútil aplicado de esa manera, vale decir, como alguien acertadamente intuyó por ahí en las preguntas, la mortalidad de ambos pacientes es mayor que la posibilidad de sobrevida de uno. Así que parece un tratamiento que no corresponde realizar.

En Chile se diseñó un equipo, o dos equipos, pero uno en rigor, el famoso *splitter,* que es una versión mucho más sofisticada que consiste en esta misma Y que divide los dos brazos del ventilador, pero los hace pasar por un *software* que mide las presiones, los volúmenes de cada paciente, por separado, y permite cierta manipulación para separar presiones y volúmenes entre un paciente y otro. De cualquier forma, mantienen el mismo grado de oxigenación, no se puede variar eso; mantienen varios parámetros similares entre los dos pacientes. Es una mejoría significativa respecto al previo. Tuve la oportunidad de probarlo y funcionó muy bien; pasó todas las pruebas con animales y se terminó de probar en la Universidad de Chile, entiendo que con consentimiento ético, tres o cuatro veces en pacientes. La pregunta de si existe evidencia científica: cero. No hay. La evidencia científica que uno va a encontrar o las recomendaciones del hemisferio norte vienen de la Y simple y son totalmente negativas; la recomendación es no

ocupar. Así que lo que se aprobó por decreto es este *splitter,* que permite monitorizar mejor a los pacientes, pero que no ha sido nunca evaluado en forma de un trabajo científico. Debo reconocer mi conflicto de interés; creo que si la ola siguiese un curso terrible, esa sería una opción razonable, porque funciona bien, pero claramente en manos entrenadas, en un centro selecto y bajo estricta supervisión. Tengo entendido que el Ministerio puso orden de compra por alguno de estos equipos.

La UGCC busca conocer los pacientes, uno por uno, que estén covid-19 positivos en las UCI, en cuidados intensivos. Lamentablemente, a pesar de las mejores intenciones, tiene subreportes, no tiene números de urgencia ni de pabellón, o muy escasos de pabellón, y no tiene reportes de las salas de agudo; por lo tanto, tiene un subreporte de la realidad covid intensivo. Por lo tanto, no participo de UGCC; no conozco sus políticas en detalle, no conozco los criterios para decir por qué un paciente del hospital X se va al Z y no al Y, no lo sé.

Respecto del traslado de pacientes a regiones, en la Sochimi fue toda una polémica, porque UGCC nos pidió una posición respecto de desde dónde sacar los pacientes. Es decir, si sacarlos de intensivo o de urgencia, para trasladarlos a otro centro. Es un tema complejo, porque un paciente en urgencia, como les comenté, está mucho más frágil; la urgencia no es una UTI. Entonces, el paciente puede estar intubado solo en un bronquio en vez de estarlo en la tráquea; puede tener el catéter mal puesto, puede estar inestable. Entonces, había harta presión de UGCC por lograr tener pacientes de intensivos para trasladarlos a regiones. Yo comparto en parte esa opinión, traté de presionar lo que más pude y en parte ha funcionado bien.

También se pregunta si existe ocultamiento de camas en el sector privado. No puedo contestar eso, porque no tengo información del doctor Castillo, quien fue nombrado para hacer esto. Quizá debieran preguntar al doctor Luis Castillo, quien tenía y tiene, porque entiendo que se mantiene en el cargo, la misión de gestionar las camas del sistema privado, lo cual hizo, creo yo, exitosamente. Hubo un crecimiento importante de camas cuando él inició su gestión. Ahora estamos estancados en crecimiento de camas, y no tengo información de ocultamiento de camas. Sí tengo la información de que en ciertos centros privados está complicado crecer por falta de liquidez, porque esto es un pozo sin fondo de gastos infinitos. No estoy justificando a las clínicas ni mucho menos, yo trabajo en una clínica, tengo conflicto de interés, pero no sé si hay ocultamiento. Tengo la impresión de que se ha hecho un esfuerzo grande y que hay falta de liquidez; puede existir, pero no lo conozco.

El Instituto de Ciencias proyecta que el *peak* va a ser a fines de julio y con 20.000 muertos; pero en los últimos cuatro días, los números que tenía este Instituto se han tendido a estancar respecto de la proyección que tenía, entonces está muy difícil.

Lo que puedo asegurar es que los intensivos están todos llenos; que en pabellón se está ventilando a 180 pacientes; en pediatría, a 70 pacientes, y servicios de agudos, varios. Respecto de urgencia, hay 100 pacientes; por lo tanto, si uno tuviera que decir qué pasa con la UPC, tiene una deuda estructural en la Región Metropolitana, ahora, de cerca de 300, 350 pacientes. Esa es la situación en intensivos. ¿Hay personas que no han accedido a ventilación? Es una pregunta difícil. La respuesta es: sí. Tengo la impresión, por lo que he hablado con la mayoría de los centros, de que pase lo que pase, siempre, desde hace muchos años, todos los que estudiamos medicina y pasamos por el sistema público, sabemos que en los hospitales públicos grandes de la Región Metropolitana, casi todo el año, pero particularmente en campaña de invierno, se acumulan ventilados en la urgencia y el doctor de la UTI baja y busca al paciente con mejor probabilidad para subirlo. Esto pasa desde hace 20 años; ahora pasa más, pero pasa.

Respecto de las CNAF, las cánulas nasales de alto flujo, permite ganar tiempo en muchos pacientes y evitar intubaciones. Creemos que es extraordinariamente útil. Los pocos estudios que se han hecho señalan que disminuye las intubaciones entre un 20 y 30 por ciento, al permitir ganar tiempo. Entonces, repito, es un equipo extraordinariamente útil. Entiendo que la CPC compró 400 o 600 y que el gobierno también compró 400 o 600 más, que se han repartido por todo Chile. Eso ha sido algo positivo en el manejo de la pandemia.

Ya comenté lo que se refiere a las máquinas de anestesia. La mortalidad que hemos estado monitoreando en máquinas de anestesia ha sido baja o similar a la del intensivo, así que estamos tranquilos-nerviosos, porque hay algunos centros donde no se supervisan por intensivos y un poco de libre albedrío respecto al manejo de los pacientes. Pero dentro de todo, creo que ha sido un aporte inmenso de todo el grupo de anestesia comprometerse con la pandemia. Como dije, son como 180 pacientes conectados a máquinas de anestesia, y hay más espacio de crecimiento –cosa que preguntaba el doctor Castro- que uno quisiera comprometer o forzar, como se quiera decir, a más equipos de anestesia que no se han sumado aún al asunto.

Respecto de si el personal es suficiente, absolutamente no. El personal es insuficiente. No es que tengamos una disputa, pero tenemos una controversia con el ministerio, en el sentido de determinar cuál es la cobertura más adecuada. Nosotros, como sociedad de intensivos -Sociedad Chilena de Medicina Intensiva para la analgesia, sedación, delírium y bloqueo neuromuscular en pacientes críticos médico-quirúrgicos adultos-, no nos mandamos solos. Incluso, sería partidario de que trabajemos 1 para 1.000 pacientes para atender más gente, pero la calidad se va a la punta del cerro y la gente se quema. En la División de Enfermería, que probablemente es la piedra tope en el sentido de que son claves las enfermeras en el cuidado de los pacientes –más que los médicos, probablemente-, no cejan, y con razón, y consideran al menos 1 enfermera cada 3 pacientes. El ministerio nos ha pedido que, por favor, consideremos ir de 1 a 4 o de 1 a 5.

Sobre las enfermedades no covid, señaló que claramente algo pasa porque ¿dónde están los enfermos, dónde están los accidentes vasculares, dónde están los infartos al corazón? Lo que sabemos es que hay pacientes que están llegando muy tardíamente y, mirando para atrás, probablemente, vamos a terminar con mortalidad –la palabra oculta está como mal vista ahora- no vista, oculta, de enfermedades crónicas, cardíacas, vasculares, etcétera. Esperemos que no llegue el virus de la influenza. Hay poco viaje desde el norte al sur, desde el hemisferio norte al sur en este tiempo, que es cuando llega, pero si se presentara el brote de otro virus en este tiempo, estaríamos en serios problemas.

En cuanto a enfermedades, aparentemente los pacientes no están viniendo y se están acumulando y muriendo en otro lado, o bien llegan tardíamente, pero el 88 por ciento de los pacientes ventilados actualmente son covid-19. O sea, hay solo un 12 por ciento que no es covid-19, lo cual es muy curioso, aunque no sé si esa es la palabra, pero hay que buscar una explicación mejor de la que yo les pueda dar ahora. En otros países pasó algo similar, pero les pido disculpas porque, lamentablemente, no tengo la información exacta de cómo fue, por ejemplo, en España, Italia, etcétera, respecto del porcentaje, y qué pasó con ellos, si la mortalidad mirada *a posteriori* fue mucho mayor con respecto a la normalidad en estas patologías distintas. No tengo la información pero es un “temazo”. ¿Dónde están? Existe menos trauma, por supuesto, hay menos gente moviéndose. Eso es claro, la gente se está cuidando más, hay menos neumonía, menos cirugías; de hecho, no hay cirugías, el 30 por ciento de los pacientes de UCI, normalmente, son postquirúrgicos complicados. Hay ciertas explicaciones, pero evidentemente hay pacientes acumulados en la casa consultando tardíamente o falleciendo en ella, por supuesto que hay.

3.4.- Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Arturo Zúñiga Jory (primera comparecencia):

Realizó en primer lugar una descripción del trabajo realizado en el Ministerio de Salud, para terminar entregando la totalidad de los antecedentes que tengo hasta el día de hoy acerca de las residencias sanitarias, con el objeto de que ustedes puedan disponer de toda la información, que también ha sido entregada a la Fiscalía del Ministerio Público.

Señaló que hace bastantes meses se comenzó planificando lo que iba a ser esta pandemia, con el foco principal siempre en el personal de salud. Ahora, en cuanto a cómo abordamos este primer eje de nuestro trabajo, lo primero que hicimos fue resguardarnos con elementos de protección personal. Existen registros respecto de que el 6 de febrero se hizo un mandato de compra de elementos de protección personal desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales al director de la Central Nacional de Abastecimiento por más de 9.000 millones de pesos. Obviamente, han seguido realizándose compras de elementos de protección personal, pero lo que permitió esta anticipación fue que en todo momento, incluso en aquellas semanas donde había una gran demanda a nivel

mundial por elementos de protección personal, la Cenabast, comprando en otros países, en China, en India y en cualquier lugar del mundo, pudo abastecer plenamente a los distintos establecimientos de la red integrada covid-19.

Agregó que no solo se necesitaba comprar, sino también capacitar a nuestros funcionarios en cuanto a infecciones intrahospitalarias. Si bien esta materia normalmente es tomada dentro de los establecimientos, sabíamos que la contagiosidad de este virus era muy alta. Por eso, a través de nuestro sistema *e-learning* y de repeticiones que se hicieron dentro de los establecimientos, tanto de atención primaria como de hospitales, logramos capacitar a un gran número de personas en cuanto a infecciones intrahospitalarias. Esto estaba enlazado con los simulacros. Durante febrero se realizaron muchos simulacros, en distintas regiones del país, con el objetivo de saber exactamente cuál era el recorrido de un paciente con coronavirus y así minimizar los contactos con el personal para evitar su contagio.

Asimismo, se realizaron capacitaciones en conjunto con la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva en lo relacionado con la complejización de camas, no solamente dirigido a personal de las unidades de paciente crítico, sino también a servicios de medicina, servicios de urgencias, incluso a médicos y a personal de salud de la atención primaria. Debido a la experiencia de 2009 sabíamos que una fuerte cantidad de consultas se iban a concentrar en la atención primaria, y obviamente en el manejo de estos pacientes, por lo que necesitábamos esa capacitación para lograr una atención más temprana los pacientes.

Por otra parte, todos los lunes en la tarde nos hemos reunido con los gremios, con dirigentes nacionales, tantos de la atención primaria como de la atención en hospitales, y hemos logrado bastantes avances que van en beneficio de los funcionarios. En primer lugar, todas las circulares que norman el uso correspondiente de mascarillas son trabajadas y comunicadas en estas reuniones, con el fin de que haya total transparencia acerca del correcto uso de los elementos de protección personal. Además, logramos que la Suseso califique la enfermedad de covid-19, para los funcionarios de salud, como una enfermedad profesional por defecto. Esto quiere decir que cada persona del área de salud que trabaja en un establecimiento y se contagia con covid-19, inmediatamente esa enfermedad es calificada como enfermedad profesional. Obviamente, esto se trata de forma distinta respecto de una enfermedad normal.

En cuanto a la situación de salud mental, anticipamos que el personal de salud estaría sometido a una fuerte presión, que seguramente nunca tuvieron, debido a que una pandemia de este tamaño no se veía hace 100 años en el mundo. Por eso, desde este ministerio se establecieron normativas para que cada uno de los establecimientos, a través de los servicios de salud, se preocupara del estado de salud mental de cada uno de los trabajadores, apoyando primero con información.

Sabemos que muchos de esos tratamientos requieren de confidencialidad. Es muy difícil tratar a ese personal, pues al día siguiente van a ser compañeros, van a toparse en casino del hospital a almorzar. Y es por eso que para otorgar mayor grado de confidencialidad se puso a disposición de los funcionarios de salud una plataforma, a través de Hospital Digital, para que pudiesen realizar directamente sus consultas a los profesionales con la confidencialidad correspondiente para un tema como este, que es de salud mental.

Asimismo, hemos normado el uso de las residencias sanitarias, las que también pueden ser ocupadas por funcionarios de la salud, y además el uso del transporte, con el fin de evitar que durante los traslados hacia su domicilio o hacia el establecimiento de salud el personal corriera un riesgo mayor de contagio, debido a que podría estar en contacto o a una distancia muy cercana de otras personas.

Todas estas situaciones las hemos ido tratando en esta comisión, pero hay algunos temas que todavía están pendientes. Estamos avanzando en cuanto a entregar una pronta atención sobre el tema de las metas sanitarias, el Bono Trato Usuario y otras situaciones que han sido plateadas por los dirigentes nacionales.

Adicionalmente, todo este trabajo de recursos humanos, que es el más importante, requirió de un trabajo de equipamiento e infraestructura, ya que al 31 de diciembre de 2019, como fecha de referencia, teníamos 38 mil camas, y en la medida en que comenzamos esta planificación por pandemia, nos hicimos el objetivo de llegar a 42 mil camas. Esto lo logramos con la apertura de cinco hospitales que estaban en construcción, y esto lo conseguimos reduciendo los tiempos de los trámites administrativos. Se trata del nuevo Hospital provincial de Ovalle, del Gustavo Fricke, en la Región de Valparaíso; los nuevos hospitales de Padre Las Casas y de Angol, en la Región de la Araucanía; y el Félix Bulnes, en la Región Metropolitana. Solo estos establecimientos aportaron 1.700 camas al sistema integrado de covid-19.

Adicionalmente, establecimos la compra de cinco hospitales modulares, de 100 camas cada uno, con la facultad de poder trasladarlos rápidamente desde una ciudad a otra. Eso nos ha permitido reaccionar; por ejemplo, ahora se está instalando, al costado del Hospital de Limache, un hospital modular, con el objetivo de apoyar a la Región de Valparaíso, que está teniendo un mayor nivel de contagio. El día de mañana vamos a poder ese mismo hospital u otro a otra ciudad del país que lo requiera, dado que el tiempo de desarme y armado nos permite tener esa rapidez que no hubiésemos tenido con estructuras más firmes como lo es un hospital o como lo es el centro hospitalario de Huechuraba, que tiene la capacidad de aportar hasta 800 camas, en la medida en que los hospitales vayan necesitando derivar a sus pacientes con coronavirus que requieran hospitalización no compleja. Asimismo, contamos con el apoyo de las Fuerzas Armadas. Les recuerdo que el mismo día del Consejo de Gabinete Ampliado, durante enero y

febrero, nos reunimos con el coronel Schweitzer, con el objetivo de dar el máximo de apoyo en cuanto a establecimientos de salud, los PAME (Puesto de Atención Médico Especializados del Ejército), que es la sigla técnica que utiliza el Ejército, para disponerlos en cada una de las regiones del país.

Ahora, el tema no era solo el aumento de la dotación de camas, sino también el de la complementación de camas. Nosotros, en la red pública de salud, al 31 de diciembre de 2019 contábamos con 600 camas en las unidades de cuidados intensivos. En la medida en que hemos logrado complejizar las camas, a través de la compra de nuevos ventiladores; a través del uso de ventiladores mecánicos invasivos de pediatría y a través del uso de máquinas de anestesia hemos logrado aumentar fuertemente la cantidad de unidades de cuidados intensivos, que ha permitido que podamos entregar los cuidados necesarios para cada uno de nuestros pacientes.

Pero todo aquello no hubiese sido posible si es que no hubiésemos fortalecido nuestra Unidad de Gestión Centralizada de Camas. Esta es una Unidad que sirvió el año 2009, en el primer gobierno de la Presidenta Bachelet, y que, a propósito de esta pandemia, hemos reforzado fuertemente. En situaciones normales, la Unidad de Gestión Centralizada de Camas traslada entre 20 a 25 pacientes diariamente desde un hospital a otro, independientemente de la ciudad en donde esté ubicado. La mayoría de estos traslados es a propósito de urgencia, pero también es a propósito de complejidades. Es decir, si llega un paciente que necesita un tratamiento de hemodinamia y llega a un hospital de baja complejidad que no tiene un pabellón de hemodinamia, ese paciente es trasladado a través de la UGCC a uno de mayor complejidad, como podría ser el Hospital del Tórax. Ello significa entre 20 a 25 traslados diarios en forma normal, lo que llega a 7 mil traslados al año. Nosotros solamente en estos días estamos realizando 80 traslados diarios. Es decir, cuatro veces más de lo que se hace en tiempos normales. Esto se obtuvo reforzando al personal que actualmente trabaja en los UGCC, pero también incorporando nuevas funciones, como la función de médicos reguladores.

La UGCC no tenía médicos reguladores y, a propósito de esta pandemia y con el sentido de conocer el estado de salud de cada uno de los pacientes que se encuentran hospitalizados en la UGCC, en las unidades de pacientes críticos o en de cuidados intensivos, hoy podemos trasladar pacientes desde un hospital a otro minimizando los riesgos que esto implica. Asimismo, con un equipo de enfermería, que diariamente constata el estado de salud y la evolución de cada uno de los pacientes más graves que están hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos, logramos trasladar a pacientes desde otras regiones.

Ocurrió en Punta Arenas desde donde trasladamos a 14 personas hacia la Región Metropolitana; también ocurrió cuando pasó la primera ola en Temuco, desde donde trasladamos a pacientes hacia Puerto Montt y a la Región del Biobío. Ahora está ocurriendo en Santiago, desde donde se está trasladando a pacientes

hacia otras regiones; en estos mismos instantes se están realizando traslados desde la Región de Tarapacá, específicamente desde la ciudad de Calama, hacia otros hospitales del país.

En cuanto al equipamiento, manifestó que, por ejemplo, respecto de los ventiladores, estos siguen llegando semanalmente, lo que nos ha permitido mantener, semana a semana, un nivel de ocupación cercano al 90 por ciento a nivel nacional, porque en la medida en que van entrando nuevos pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos, hemos ido aumentando el número de camas de mayor complejidad disponibles para dar el cuidado que cada uno de los pacientes necesita.

Asimismo, hemos incorporado nuevas tecnologías, como el equipamiento de oxigenoterapia de alto flujo. Es decir, estos equipos, que son menos invasivos que un ventilador, permiten ahorrar o no intubar a un 30 por ciento de los pacientes. Obviamente, esto tiene un beneficio para el propio paciente, porque se va de alta sin una intubación, y todos sabemos que la intubación tiene efectos adversos o secuelas, por decirlo así, debido a lo invasivo que es la ventilación mecánica.

También hemos incorporado los cascos CPAP, muy parecidos a los cascos de astronautas, con presión positiva para ayudar a otorgar el tratamiento de oxigenoterapia para los pacientes, evitando la ventilación mecánica invasiva.

Recordó que el 22 de abril habían tomado la decisión de conformar un comité de compras con el objeto de poder controlar de mejor forma cada uno de estos procesos de compras. Como estas aumentaron fuertemente, a propósito de esta pandemia, estimamos que era necesario ejercer una mayor supervigilancia al respecto. En la medida en que este comité de compras descubrió o pudo trazar que la ubicación de una de las residencias contratadas correspondía a la misma dirección que la que uno de nuestros funcionarios tenía registrada en el sistema de recursos humanos, inmediatamente se procedió, el 29 de mayo, a realizar un sumario administrativo y a la designación de un fiscal para su investigación. El 15 de junio esta persona fue suspendida de su cargo, apartada por el fiscal, para realizar una mejor investigación.

En la medida en que nos presentaron mayores antecedentes acerca de si existía un vínculo entre uno de los funcionarios y el representante legal de esta empresa, inmediatamente, el 15 de junio, hicimos una denuncia en la fiscalía y entregamos todos estos antecedentes para que se realizara una investigación, dado que ya se podía suponer la existencia de faltas administrativas, como lo he mencionado anteriormente.

El 16 de junio, en la medida en que concentramos mayores antecedentes, se volvió a indicar en la fiscalía, aportando nuevos antecedentes para que se investigara la relación contractual del representante del Hotel Clínico Spa, como representante legal. Al mismo tiempo, es decir el 16 de junio, se

entregaron todos estos antecedentes a la Contraloría General de la República, con el objetivo de que ese sumario, que estaba llevando a cabo, tuviese la misma información que la fiscalía, a fin de que ambos procesos investigativos se llevaran a cabo con la mayor trasparencia posible.

Obviamente, planificamos con una solicitud de recursos bastante importantes. Incluso, he dicho a todos los directores de servicios que, tal como nos otorgaron, a través de la ley, facultades especiales para realizar procesos de compra, debemos dar cuenta de eso y también del buen uso de los recursos. Por eso, he tomado las más drásticas sanciones, a medida que hemos recibido mayor información de estos casos.

Ahora, para evitar que esto ocurra nuevamente, he solicitado una auditoría ministerial para que se investigue el proceso de contratación de cada una de estas residencias en los 29 servicios de Salud, con el objeto de otorgar total trasparencia a la ciudadanía respecto de que no vamos a dudar de que si existe alguna falta administrativa, entregaremos todos los antecedentes y tomaremos las medidas más drásticas para evitar que vuelva a ocurrir.

En ese sentido, desde el Ministerio de Salud, hemos sido bastante consecuentes, en el sentido de que, apenas recibimos información, es decir el 29 de mayo, inmediatamente se tomó la decisión de realizar el sumario y cuando obtuvimos mayores antecedentes acerca de la vinculación de otros funcionarios con el representante legal de este Hotel Clínico Spa, todos los antecedentes fueron puestos con una denuncia en la fiscalía, aportando también la misma denuncia en la Contraloría General de la República.

Reiteró que el martes 16 de junio, se conoce un nuevo antecedente, en el sentido de que además de esta relación de vínculo familiar entre la representante legal y uno de los funcionarios, se constató que esta representante legal era funcionaria pública; y en base a esa nueva información se hace una nueva entrega de información al Ministerio Público, en la misma denuncia. Entonces, se adopta la decisión de poner término al contrato del señor Orlando Durán. Por lo tanto, ni el señor Orlando Durán ni D´angelo Iasalvatore trabajan en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que son las dos personas involucradas en este caso, de acuerdo con los antecedentes que se han puesto a disposición del Ministerio Público y de la Contraloría General de la República.

En cuanto a esa misma situación planteada, aclaro que no hay un peso que se haya pagado, porque yo mismo detuve ese proceso de pago hasta que se aclare todo, ya sea a través de un sumario o de la investigación que realice el Ministerio Público.

Respecto de qué va a ocurrir con los otros contratos, se enviarán todos los contratos; no solamente los que ha celebrado la Subsecretaría de Redes Asistenciales, sino que también lo que han celebrado los servicios de Salud.

Para tener una noción de orden, la Subsecretaría de Redes Asistenciales solo ha celebrado tres contratos, los iniciales. En la medida en que la estrategia de salud pública fue creciendo, el resto de los contratos se han celebrado por los servicios de Salud, que son servicios autónomos y con patrimonio propio.

En cuanto a la situación del centro hospitalario de Huechuraba, que fue mencionado por el diputado Víctor Torres, dicho establecimiento fue contratado de acuerdo con la resolución que estableció un precio máximo por metro cuadrado, similar a los valores por metro cuadrado que se paga por bodega, que es de 0,2 UF mensual por metro cuadrado.

En base a esa resolución se estableció un contrato, que fue firmado y que en estos momentos se encuentra en ejecución, con más de 150 pacientes que están hospitalizados en el centro hospitalario de Huechuraba, que en la medida que va aumentando la cantidad de contagios, puede llegar hasta ochocientas personas hospitalizadas.

En relación a una consulta, afirmó que no tenía información acerca del contrato entre la Feria Internacional del Aire y del Espacio (Fidae) y el Centro Hospitalario Huechuraba; sin embargo, en lo que sí me compete como subsecretario de Redes Asistenciales acerca de la celebración de ese contrato, nosotros estimamos, inicialmente, que utilizaríamos hasta 800 camas. Al día de hoy, se han usado 15.000 metros cuadrados, cifra que puede aumentar en caso de ser necesario. Todos los días va aumentando la ocupación del Centro Hospitalario Huechuraba. Ya se habilitó el segundo salón, por llamarlo de alguna forma, ambientado con las características que requiere un centro hospitalario.

Agregó que el mismo proceso de compra contiene la información de por qué se seleccionó ese recinto, la cual ha sido enviada a la Contraloría General de la República. Nosotros teníamos un informe realizado por el Ministerio de Bienes Nacionales acerca de los requisitos que debía tener un espacio público, con el objetivo de ser más eficiente. Esas necesidades no las cubren todos los establecimientos. Estamos hablando de un centro que requiere, primero, climatización. Son pacientes que se encuentran hospitalizados; es decir, no se pueden poner en una escuela, en una cancha de fútbol, es decir en un lugar que no reúna las condiciones necesarias. Si un paciente no está en un ambiente con la temperatura adecuada, puede agravarse aún más la enfermedad, por lo que el paciente tendría que ser trasladado a un recinto de mayor complejidad. Además de tener la capacidad necesaria, debe contar con los servicios básicos, como sanitarios, de desagüe y de alimentación, lo que siempre fue muy difícil de obtener, considerando una población de hasta 800 pacientes, más todos los trabajadores que pueden realizar labores en un centro hospitalario de esta magnitud. Nuestra estimación siempre ponernos en una situación extrema de pandemia. Por eso, buscamos un lugar con esas características, que tuviese seguridad, respaldo energético en caso de un corte de luz, etcétera. Es decir, el lugar tenía que cumplir con una serie de requisitos para poder funcionar como

hospital. Nosotros no podemos hospitalizar a las personas en cualquier lugar. Eso hay que tenerlo claro; de lo contrario, se puede interpretar que ese centro no fue elegido por las razones adecuadas.

3.5.- Director de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast), señor Valentín Díaz Gracia:

VER PRESENTACIÓN

Manifestó en primer lugar que este tema no es nuevo en el Congreso Nacional, ya que se expuso en las comisiones de Salud de ambas cámaras hace un par de meses. La diferencia con el momento actual es que hace dos meses estábamos en una situación muy mala en términos de suministro de abastecimientos, mientras que hoy estamos en una situación bastante buena. Aclaró antes que Cenabast no le ha comprado ninguna mascarilla a la empresa Dagoway. De hecho, tal empresa nunca ha hecho ofertas ni se ha presentado ante esta repartición pública.

En su presentación, mostró la evolución del precio de las compras de mascarillas, de distintos tipos.

Seguramente les llamará la atención que el 13 de abril compramos 100.000 mascarillas, en circunstancias de que en ese momento estábamos comprando millones. Eso ocurrió porque en abril ya habíamos efectuado la mayoría de las compras de mascarillas, pero teníamos serios problemas para que llegaran a Chile. Entonces apareció la empresa Loia Marketing SPA, que tenía 100.000 mascarillas en una bodega ubicada en Santiago. Como estábamos muy escasos, transamos en términos de comprarlas, aunque fueran un poco más caras, con el objeto de asegurar esa cantidad de mascarillas para la red pública. No obstante, todas las demás mascarillas de tres pliegues que compramos costaron menos de 400 pesos. Pueden ver que la última compra que hicimos corresponde al 11 de junio, en que la mascarilla volvió a un precio bastante normal, de 95 pesos por unidad. Compramos 5 millones y luego de ello cerramos las compras directas de mascarillas.

En adelante, como ya tenemos asegurados 32 millones de mascarillas, entre las que ya han llegado y las que están por llegar, las siguientes compras se harán por medio de licitaciones públicas, en atención a que ya pasó la emergencia de suministro.

La mascarilla N95 más cara la compramos el 13 de marzo, cuando había una escasez mundial tremenda, a 2.100 pesos, pero con posterioridad los precios cayeron sustancialmente. Las últimas compras, que hicimos en junio, fueron con un precio de 1.550 pesos por unidad.

Como pueden ver en el cuadro, aparecen dos compras a 3M, la multinacional norteamericana, que nunca subió los precios de las mascarillas, pero que las fue entregando en pequeñas cantidades a todos los países compradores por instrucciones del CEO de la empresa. Nunca llegaron a especular con los precios. Eso es lo que puedo informar en materia de evolución de precios de elementos de protección personal, entre los cuales, lógicamente, lo más fuerte siempre fueron las mascarillas.

Durante este periodo de pandemia, Cenabast ha desarrollado cinco grandes tareas, además de sus funciones habituales de abastecer a la red pública y a los programas ministeriales, tales como PMI, VIH, ley Ricarte Soto, etcétera.

Destaco en primer lugar la compra de elementos de protección personal, y a continuación la de 1.075 ventiladores mecánicos, que fueron evaluados técnicamente por el Ministerio de Salud y luego adquiridos por Cenabast.

En tercer lugar, el programa de compras por adelantado de fármacos para tres meses, que partió en abril, oportunidad en que tuvimos más éxitos que fracasos. Algunos laboratorios no tenían fármacos para tres meses, pero a lo menos entregaron para un mes, que era lo que correspondía por contrato, lo cual ha permitido que cerca de dos millones y medio de pacientes crónicos que existen en el país, afectados por distintas enfermedades, incluido el VIH, no deban concurrir todos los meses a retirarlos.

La cuarta tarea distinta, no habitual, fue coordinar los vuelos de los proveedores a los cuales les compramos los elementos de protección personal, ya que nos dimos cuenta que existían serias dificultades para traerlos a Chile desde China y otros países. En ese sentido, se hizo un trabajo conjunto con la Cancillería, destinado a coordinar que las cosas llegaran y Cenabast no se viese afectado.

La última tarea distinta que nos ha demandado mucho trabajo durante el último mes ha sido la compra de fármacos fundamentales y prioritarios para los pacientes que se encuentran sometidos a ventilación mecánica, ámbito en el cual hemos tenido un aumento explosivo en las compras.

Las estadísticas han sido extremadamente complejas, porque las existencias que habitualmente se usaban durante un año en la red de salud ahora se están usando en dos o tres semanas, lo que nos ha puesto en la necesidad de traer más abastecimientos desde el extranjero y de coordinar con los laboratorios en Chile su dedicación exclusiva a la producción de fármacos.

Cualquier compra de Cenabast, de los productos relacionados con el covid-19, parte con un documento que genera el Ministerio de Salud a través de la Subsecretaría y que se llama mandato. En este, se indica qué comprar, qué cantidad y qué cantidad de recursos se dispone para eso; lo que es un gran

desafío, porque hay que tratar de comprar la cantidad de acuerdo con los recursos disponibles. Son ellos, vale decir, la Subsecretaría de Salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales definen qué se va a comprar y qué se va a distribuir posteriormente.

En relación con el comportamiento del mercado, febrero fue un mes extremadamente complicado, porque se cerraron todos los mercados, tanto de China como de India, y recién en la segunda quincena de marzo se abrió el mercado de China. Los precios se dispararon, había muy pocas ofertas, y cuando hablo de los precios, no estoy hablando de los precios en Chile, sino que los precios de los fabricantes en China. Por suerte, existen una serie de portales de compras de *marketplace*, el más conocido es Alibaba, donde me metía permanentemente y cotizaba como director de Cenabast, y la verdad es que las mascarillas llegaron a 700 pesos, puestas en Chinas, y las mascarillas N95, a más de 3.000 pesos, puestas en China. Sin embargo, en abril ya se habían abierto los mercados chinos y se empezó a producir un aumento sustancial en la oferta en cuanto a la cantidad, de tal forma que se origina una rápida caída de precio. Hoy existe mucha oferta; recién les mostraba esas mascarillas que, en muchas reparticiones públicas, las compraron a 600 0 700 pesos; hoy, ya la podemos encontrar a 95 pesos, y esto debería, dentro de los próximos meses, llegar al precio que tenían hace ocho o nueve meses atrás, que era de 15 a 20 pesos.

Con respecto a los ventiladores, el ventilador que más se ha comprado es un modelo VG70. Los ventiladores son evaluados técnica y comercialmente por el Ministerio de Salud, específicamente por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y es la que nos mandatan qué comprar, a quién comprar y a qué precio. En promedio valen en torno a los 45.000 dólares cada ventilador VG70. Respecto de los préstamos a las clínicas, desconozco esa información, ya que hemos actuado solamente para materializar la compra, y una vez llegado a Chile, efectuar el desaduanamiento y entregarlos a disposición de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, donde esta nos indica.

3.6.- Subsecretaria de Evaluación Social, señora Alejandra Candia Díaz (primera comparecencia):

VER PRESENTACIÓN

Explicó en primer lugar que se trata de los alcances de una ley recientemente promulgada, pero aún no publicada, de las mejoras al ingreso familiar de emergencia (IFE) y también de dar cuenta de los esfuerzos que hacemos desde el ministerio con el objetivo de poder llegar cuanto antes con la ayuda a quienes más lo necesitan en esta situación tan compleja en la que nos encontramos no solo a nivel nacional, sino mundial, con bastante incertidumbre respecto de los alcances socioeconómicos tanto en su duración como en su profundidad.

Esta mejora al ingreso familiar de emergencia se enmarca en el diálogo que concurrieron varios y amplios sectores políticos, y también representantes técnicos, de las distintas instancias y bastante transversales, que tiene tres pilares fundamentales.

Un marco Fiscal. También un plan de reactivación, para lo que suceda con el país posteriormente a la crisis sanitaria que nos encontramos hoy tratando de superar.

Un pilar fundamental es la protección de los ingresos a la familia, donde esta ley es una ley ancla, pero no la única, porque obviamente hay distintas iniciativas que buscan proteger los ingresos de las familias, pero una conversación fundamental en el marco del acuerdo fue fortalecer el primer ingreso familiar de emergencia, dadas las circunstancias sanitarias en las que nos encontrábamos en esos días. Esto como introducción del marco de esta mejora.

Descripciones generales. Es una ley que mejoró sus beneficios de manera considerable respecto de sus montos. No olvidemos que hay un aspecto muy importante a considerar que dice relación con que la espina dorsal de este beneficio son los hogares sin un ingreso formal y donde la mejora en la ley contempla –también la primera ley, pero la mejora de una manera bastante más potente- la posibilidad de que existan ingresos formales que sean inferiores a un umbral bastante más elevado que el que había inicialmente y donde la ley contemple un complemento a estos umbrales establecidos. Entonces, si hay ingresos formales, por ejemplo, en un hogar de tres personas inferior a 300.000 pesos, la ley contempla un complemento a esos ingresos formales siempre y cuando se cumplan los requisitos de focalización, a los cuales me referiré más adelante en detalle. Si hay un hogar de cuatro personas, con 100.000 pesos de ingresos formales, habrá un complemento de 300.000 pesos para llegar a ese umbral de 400.000 pesos, y se va mirando la tabla según tamaño del hogar registrado en el registro social de hogares. Tenemos también un aumento. De hecho, lo contempló la primera ley, y en la segunda ley fue fortalecido.

¿Qué pasa con los hogares que no cumplen con los requisitos del ingreso? Apoyar a ciertos hogares con algunos grupos vulnerables. El primero fue contemplado en la primera ley. Son hogares que están fuera del requisito del ingreso familiar de emergencia (IFE). Donde hay una persona con pensión básica solidaria de vejez de 70 años y más, y por estar fuera del IFE igualmente se le dará un apoyo ahora de 100.000 pesos, antes de 65.000 pesos, o el aporte que corresponde a un hogar unipersonal hoy día de 100.000 pesos, siempre y cuando esté en el 80 por ciento más vulnerable. Vamos a entrar en ese detalle más adelante.

Otra cosa muy importante es que la ley original contemplaba los hogares sin ingresos formales que están en el 60 por ciento de mayor vulnerabilidad durante la emergencia y para los hogares que tenían algo de ingresos formales y están en el 40 por ciento de vulnerabilidad durante la

emergencia. Eso aumentó en términos de cobertura, después de varias conversaciones con actores bastante transversales, a 80 por ciento de vulnerabilidad durante la emergencia.

La calificación socioeconómica tradicional del registro social de hogares (CSE) busca una mirada de mediano plazo de los hogares. Eso dice relación con algo bastante trascendental. Por ejemplo, si estamos en un hogar donde vive una familia y su ingreso principal viene de los temporeros o de algún ingreso bastante más volátil, no se puede decidir si otorgar gratuidad en la Educación Superior, un subsidio habitacional o el pilar solidario, si los ingresos suben en un período del año y bajan en otros momentos. Entonces, la tradicional calificación socioeconómica de las personas disponible en la cartola del Registro Social de Hogares es una calificación que tiene una mirada de mediano plazo y que contempla ingresos familiares de los últimos 12 meses.

Otra cosa muy importante de destacar es que el registro social de hogares la manera de realizar la calificación socioeconómica está anclado en mejoras bastante consensuadas, que se venían trabajando desde el primer gobierno de la administración del Presidente Piñera, incluso previamente a la antigua ficha de protección social, y que fueron consagradas en la segunda administración de la Presidenta Bachelet y aplaudidas de manera bastante transversal, porque lo que hizo el cambio de ficha de protección social a registro social de hogares es poder incorporar la existencia de registros administrativos a la calificación socioeconómica, porque antes la ficha de protección social solo se basaba en el autorreporte de las familias. Sin embargo, lo que hace el registro social de hogares es que califica también incorporando registros administrativos de las personas. Teniendo eso como marco general, y con el apoyo bastante transversal de grupos de expertos de distintos ámbitos y círculos, inmediatamente se levanta el tema de que estamos en una pandemia sin precedentes desde el punto de vista de acciones socioeconómicas, y la calificación socioeconómica del registro social de hogares podía no ser la herramienta que pudiera tomar y guiar bien las decisiones, porque puede haber una familia que en el mediano plazo tenga ingresos altos y que producto de esta pandemia esté quedando con ingresos de corto plazo, por debajo de cierto umbral y que requieran apoyo.

Esa es la razón que nos motiva, en base a los mismos parámetros de la calificación socioeconómica dispuesta en el registro social de hogares, que es una política de Estado que viene de la administración anterior, que aplaudimos transversamente, la respetamos y seguimos aplicando, a contar con un indicador socioeconómico de emergencia que no es más que la calificación socioeconómica de mediano plazo, pero con ingresos del corto plazo. Es decir, los ingresos más inmediatos que se tengan de la persona, ya sea que provengan de registros administrativos, los que por cierto tienen en algunas ocasiones algún rezago, pero también del autorreporte. ¿Qué significa esto? Que si lo último que hay de la persona es un registro administrativo que puede haber desaparecido, se van a tomar como últimos ingresos los registros administrativos siempre y cuando la persona no nos haya reportado la desaparición o caída abrupta de sus ingresos.

Por eso, el Indicador Socioeconómico de Emergencia lo que busca es representar la realidad de corto plazo, porque es la más atingente a la necesidad de recibir apoyos en este momento tan complejo y sin precedente alguno en el que se encuentra nuestro país y el mundo entero.

La extensión del beneficio también es importante. Es algo que se había reclamado mucho y que dada la situación sanitaria en la que nos encontramos se dispone de pago. Se juntan las dos cosas, porque los pagos que se van a hacer durante los dos meses que quedaban de ingreso familiar de emergencia van a ser planos, es decir, no van a ser decrecientes como estaba contemplado en la primera ley y, no solo eso, sino que se contempla la posibilidad de un cuarto pago, con un piso de 80 por ciento y que, eventualmente, puede llegar a ser el ciento por ciento en caso de que las condiciones sanitarias así lo ameriten.

Otro tema muy importante, dadas las condiciones sanitarias en las que nos encontramos, es que en la ley tenemos la disposición de revisar mensualmente la situación económica de las familias, independientemente de que si en la primera ley había registros de alzas de ingresos, obviamente el beneficio tenía que ser modificado, pero entiendo la situación en la que estamos, los requisitos van a ser revisados hacia el alza del beneficio. Entonces, la persona mejora su situación, el beneficio no va a caer y solo puede mejorar, así lo haya recibido inicialmente. Por otro lado, al grupo de pensionados que por razones de ingresos formales, estaban fuera de los requisitos del ingreso familiar de emergencia, en el sentido de poder entregarles un aporte equivalente al del hogar unipersonal a cada uno de los pensionados, se agregó a los de pensión básica solidaria e invalidez, que corresponde a 106.000 pensionados beneficiados, incluido el bono al mayor gasto, con las mismas condiciones de aquellos que reciben, en el caso de pensión básica solidaria y que quedan fuera del otro aporte, producto de tener ingresos formales por sobre el umbral.

Otras mejoras bastante importantes que se unen a todos los esfuerzos que estamos haciendo como ministerio para poder abordar este desafío sin precedente alguno y ponernos a tono con las necesidades que requieren satisfacer nuestros compatriotas, es que extendimos varios de los plazos que estaban dispuestos en la ley original: se amplió el plazo para postular al beneficio en diez días corridos; se amplió el plazo de apelación de 10 a 15 días hábiles y también se amplió la posibilidad de extender prórroga a la postulación, mejor dicho a la solicitud del beneficio, porque esta no es una postulación, ingresando ingresos o algo parecido, sino que lo único que se hace es la presentación de una solicitud del beneficio, que se coteja con la información disponible en el Registro Social de Hogares, donde siempre, si es que hay un autorreporte reciente, distinto al de los registros administrativos, se considerará siempre el autorreporte de las familias. Eso está disponible en la primera ley y, obviamente, también en esta ley a la que hacemos referencia.

Respecto de los pagos, tuvimos un primer pago, que lo revisaremos al final. Sin embargo, es importante señalar -tal como lo dispuso ayer el Presidente, y

lo ha señalado en varias oportunidades y en distintas entrevistas los ministros- que nosotros, este jueves, ya estaríamos entregando un segundo pago a uno de los grupos de más fácil contacto para nosotros, y que se refiere a quienes tenían dispuesto en la primera ley pago automático. Recuerden que esta ley todavía no ha sido publicada, recuerden que fue promulgada el domingo, y así y todo estamos corriendo para poder llegar esta semana ya con buenas noticias para un grupo de personas que son, en el fondo, los más fáciles de identificar en el plazo inmediato, porque obviamente, como se extendieron los plazos de postulación, también es obvio que el cierre se va haciendo a medida que se van cerrando los plazos de solicitud.

Entonces, hay una extensión del plazo de solicitud del beneficio al 9 de julio; pero ya, este jueves 25, estaríamos entregando un primer pago, con los montos nuevos, a un subgrupo, que son aquellos que recibían otros beneficios del Estado y que están en lo que era inicialmente la nómina de pago automático, la cual fue extendida en la ley nueva, aún no vigente, a que toda persona que haya solicitado el beneficio o ya la haya recibido, también va a pasar a partir del segundo pago, al pago automático, lo que se llevará a cabo una vez que se cierre el proceso de solicitud y, de ahí en adelante, siempre lo van a recibir en conjunto con lo que inicialmente solo estaba dispuesto para los que recibían los beneficios del Estado establecidos en la ley. Esto es el resultado de una petición expresa del diputado Giorgio Jackson, quien fue un muy buen aporte en la discusión y que contribuyó en esta línea, esto de automatizar los pagos lo más posible, sobre todo en aquellos ámbitos donde hay beneficiarios que ya establecieron el contacto de solicitud con nosotros y, por ende, han dado una señal explícita de que requieren este apoyo.

Es importante también informar oportunamente sobre los plazos, sobre la manera de solicitud, como importante es que se incorpora una serie de medidas administrativas, algunas ya efectuadas, y otras dispuestas en la nueva ley y otras en camino, que apuntan a simplificar y facilitar la ampliación de este beneficio. Ejemplo de ello es que hemos dispuesto, en la página *web* del Registro Social de Hogares, sin necesidad de subir ningún documento adjunto, la posibilidad de actualizar los ingresos de las familias, de tal manera de poder contar obviamente con un autorreporte que pueda disponer de información más reciente que el último registro administrativo, tal como lo disponen los protocolos establecidos por el Registro Social de Hogares vigente desde la administración anterior y que nosotros respetamos, porque es parte de la normativa que nos rige.

En definitiva, hemos dispuesto la posibilidad de que las personas actualicen su situación, tratando de bajar todas las barreras presenciales y con otra serie de temas que les mencionaré de ahora en adelante. De hecho, a eso me refiero con el plan simplificado del ingreso familiar de emergencia. A propósito, les haré llegar una minuta, porque me imagino que es muy importante, para los antecedentes, que ustedes sepan que nosotros hemos dispuesto una serie de medidas. Por ejemplo, para el ciudadano: tenemos el acceso libre y gratuito para la página www.ingresodeemergencia.cl, en la que, gracias a una colaboración

público privada con el sector de telecomunicaciones, no se descuenta de datos móviles para quienes accedan a ella. Asimismo, fortaleceremos una estrategia de convocatoria masiva, en conjunto con los municipios, gobiernos regionales, seremis y otros servicios públicos, que es algo que ya hicimos con Indap para el primer pago, pero que seguiremos fortaleciendo mucho más para fomentar la solicitud del beneficio en aquellos hogares que, cumpliendo con los requisitos del ingreso familiar de emergencia, no tengan contacto frecuente con el Estado y no lo hayan solicitado aún. También haremos estrategias focalizadas en algunos grupos de interés, como adultos mayores menores de 70 años, porque quienes tienen más de esa edad y que reciben pensión básica solidaria lo reciben de manera automática; asimismo, hogares en campamento.

Otras medidas: ayuda a inmigrantes en situación regular; a hogares de comunas rurales; a personas con discapacidad y personas en situación de calle. Asimismo, se hace un llamado masivo a la actualización del Registro Social de Hogares, porque ya no será necesaria la clave única para poder no solo acceder al Registro, en caso de no haberlo hecho antes, sino que también actualizar su información de ocupación e ingreso, que es la fundamental para poder optar a este beneficio. Se amplían los plazos ya establecidos y se mejora la entrega de información. En este punto, queremos hacer algunas mejoras en nuestra página *web* para poder hacer más comprensible la respuesta a algunas preguntas que surgen de manera frecuente.

Asimismo, vamos a fortalecer la mesa de ayuda del IFE y de ChileAtiende a través de un incremento del número de operadores que contestan las consultas ciudadanas; también habrá confirmación telefónica a situación y rechazo del beneficio para personas que no cuenten o no registren correo electrónico, y esfuerzos adicionales en la automatización.

Se han dispuesto medidas de fortalecimiento desde el punto de vista del Registro Social de Hogares, y hemos facilitado el acceso, cosa que es bastante fundamental y clave para que, en el marco de la normativa vigente de la actualización de los ingresos, haya mayor facilidad a que los ingresos de corto plazo estén incorporados. Eso es muy importante, porque gran parte de las consultas ciudadanas y de los requerimientos que han aparecido dicen relación con que a la ciudadanía se le están considerando ingresos formales que desaparecieron.

Lo que pasa es que si el Estado no tiene un último reporte, donde se dé cuenta de que ese ingreso desapareció, será muy difícil poder cotejarlo con un autorreporte que aún no ha podido aparecer. Esa es la razón por la cual es tan importante para nosotros dar cuenta de esta posibilidad, que es fundamental, no solo desde el punto de vista del registro social de hogares, sino también del canal de apelación creado en la primera ley y que vamos a fortalecer, para que las personas tengan la posibilidad de contemplar ingresos formales que desaparecieron y que no fueron autorreportados en el proceso previo a la adjudicación de la nómina. Resulta clave la ayuda para difundir que las personas

puedan apelar y señalar, mediante una declaración jurada, la no existencia de los ingresos formales que se están contemplando y que pueden venir con algún rezago, considerando que la situación de la pandemia ha hecho caer los ingresos de las familias de una manera bastante acelerada.

El IFE 1 fue pagado a cerca de 1.150.000 hogares, razón por la cual hemos dispuesto estos planes y compromisos con la Comisión, no solo con el Congreso Pleno, ya que esto fue conversado ampliamente durante su tramitación en la Comisión de Hacienda del Senado, que es un protocolo de plan simplificado a acceso, entendiendo que hay un grupo que debe solicitarlo y que nosotros también, como Estado, haremos todas las acciones posibles para que este sea solicitado por aquellos que aún no lo han hecho. Al respecto, tenemos un pago de 1 millón para 1.149.888 beneficiados, lo cual no contempla las apelaciones.

También es importante señalar que hemos dispuesto un canal de apelación que, hasta el día 18 de junio tenía un total de 263.000 apelaciones. Obviamente, debemos esperar que el proceso termine para revisar esas apelaciones a fin de que las personas puedan, mediante una declaración jurada, actualizar su situación de ingresos y pagarles de manera retroactiva. Ahora bien, si esto se junta con el segundo pago, y la persona era potencial adjudicataria dada su nueva realidad, no queda contemplada en los ingresos del registro administrativo que dispone para nosotros nuestra normativa vigente, resulta clave señalar que esa persona podría también potencialmente -ese hogar- ser acreedor del beneficio. Este número contempla los pagos y no las apelaciones, porque el proceso de apelación aún no termina.

El universo pagado que no contempla las apelaciones, porque ese proceso termina el 25 de junio, corresponde a 3.300.000 personas, un 46 por ciento lo recibió de manera automática y el 75 por ciento correspondía a hogares sin ningún ingreso formal.

Es importante señalarlo, porque estamos hablando de que estamos llegando a personas que, en el fondo, no estaban recibiendo otro tipo de apoyo –este es compatible con otros apoyos-. Si hay una ley de protección de empleo por debajo del umbral, la persona igual va a recibir el complemento, por lo que igualmente está beneficiando a un número considerable de hogares sin ingresos formales, que es la espina dorsal de este beneficio.

Cabe señalar que gran parte de los hogares estaban en el 40 por ciento de mayor vulnerabilidad de corto plazo, cerca de 100.000 hogares. Este indicador socioeconómico de emergencia ha permitido también diagnosticar que hay hogares que, estando por arriba en el registro social de hogares, han bajado en el corto plazo; cerca de 100.000 hogares tienen un mayor nivel de vulnerabilidad en la emergencia que la que tenían en el mediano plazo, y cerca de siete de cada diez hogares de los beneficiados tienen jefatura femenina. En el 78 por ciento de los casos fueron hechos a mujeres jefas de hogar.

Se refirió luego a algo que ha aparecido también en varias publicaciones de redes sociales respecto de la supuesta manipulación unilateral de los tramos de calificación socioeconómica del registro. En ese sentido, la asociación con los municipios es bastante fundamental y clave y, probablemente, no la habíamos revisado con la fuerza necesaria, si bien, habíamos tenido contacto con ellos. Para lo que es ahora el IFE 2.0, tenemos ya reuniones agendas con las dos asociaciones de municipalidades más importantes para poder hacer una acción activa donde falta conocimiento no solo respecto de la existencia del beneficio, sino también de la posibilidad de acceder a él de manera expedita. Claramente, los municipios juegan un rol fundamental, y nosotros cumplimos el nuestro al asociarnos con ellos.

Volviendo al tema de la modificación unilateral, cabe mencionar que ahí se mezclan dos cosas. Primero, con el primer pago del ingreso socioeconómico de emergencia, para quienes no tuviesen ingresos formales, se llegaba al 60 por ciento de vulnerabilidad socioeconómica durante la emergencia, y para quienes tenían algún ingreso formal, se llegaba al 40 por ciento de vulnerabilidad socioeconómica durante la emergencia. Quizás no fue suficiente la labor comunicacional como para que se entendiera que si bien la nomenclatura es la misma, porque también hablamos de 40, 50 y 60 por ciento, el porcentaje de vulnerabilidad socioeconómica es distinto de la tradicional calificación socioeconómica de emergencia. Su diferencia radica en que se contemplan los ingresos más recientes de la familia. Tenemos protocolos, normativa vigente, que han sido tomados en cuenta para la calificación socioeconómica, con políticas y una mirada de Estado. Los protocolos que rigen la actualización de la información de los hogares para la calificación socioeconómica, que es la que redunda en el mediano plazo, están establecidos. Nosotros no tenemos forma de manipular esos datos de manera unilateral, porque estamos regidos por un marco normativo y, además, hemos abordado este tema desde el punto de vista de una política de Estado, lo que implicó mejoras sustanciales a la antigua ficha de protección social, algo que nosotros reconocemos de este gobierno, a fin de contemplar la calificación socioeconómica de las familias en el mediano plazo y de la mejor manera posible. Por lo tanto, si ha habido cambios en la calificación socioeconómica en ningún caso son de carácter unilateral, sino que responden a actualizaciones vigentes en los protocolos. En lo personal, sospecho que esto está muy relacionado con la falta de información respecto de la diferencia entre la calificación socioeconómica y el indicador socioeconómico de emergencia.

Otra cosa bastante importante que quiero reforzar es que para el indicador socioeconómico de emergencia no contemplamos unilateralmente la manera en que se consideran los ingresos que caracterizan de la mejor forma posible a las familias en cuestión durante la emergencia. Eso quedó establecido en una resolución que fue dictada con fecha 19 de mayo, la que pueden revisar en detalle. Evidentemente, tiene un protocolo establecido respecto de cómo considerar esta información y donde, insisto, el autorreporte de las personas es lo que prima. Obviamente, debemos seguir haciendo esfuerzos para que la información más actualizada sea un autorreporte. Para la calificación

socioeconómica hemos realizado esfuerzos bastante considerables para contar con la información de corto plazo, lo más actualizada posible. Por ejemplo, para el indicador socioeconómico de emergencia de la información de giros de la AFC disponemos de las boletas de honorarios del mes anterior, información que no está disponible todavía para la calificación socioeconómica de emergencia; por ende, si una persona ha hecho un giro de la AFC podemos contemplar esa información a más corto plazo, aunque todavía persisten rezagos propios de la información de la administración pública.

3.7.- Alejandra Matus, periodista:

El Registro Civil tiene un rezago, sobre todo en el último tiempo, dado el aumento de demanda por inscripción de fallecidos y el horario limitado en que está funcionando. Está con un retraso de por lo menos una semana para incorporar nuevas inscripciones. Al 21 de junio, aplicando un método que se conoce como contabilidad de exceso de muertes o de exceso de mortalidad, había 7.700 casos de exceso de muertes en el período de pandemia, que se cuentan desde el 2 de marzo, que es el primer caso oficialmente notificado, y a esa fecha el gobierno había informado de 4.295 muertes por covid.

Este método de contabilidad es el que utilizan los centros de control de infecciones de Estados Unidos y de Europa, el CDC y el Euromomo, respectivamente, y lo hacen así, porque es una manera de estimar el impacto directo e indirecto de la pandemia, más allá de las capacidades que tienen los países y que difieren de país en país, por un lado, tanto de aplicar *test* PCR y casos positivos y, por otro, de contabilizar las muertes, sobre todo, las muertes domiciliarias, que se han mostrado como un desafío en todos los países. La polémica más reciente es la de Francia, que tendría que actualizar sus datos, considerando muertes domiciliarias que no había contabilizado.

En el registro de aumento de fallecidos registrados por comuna, se puede observar que en el promedio nacional estamos cerca de un 50 por ciento más de fallecidos desde el 2 de marzo al 21 de junio; pero, por comuna, por ejemplo, Cerro Navia tiene 718 más fallecidos que en un período normal. Ahí ustedes pueden ver que casi todas son comunas de Santiago, pero no exclusivamente -está Calama también-, y tres comunas que mostraban poco aumento de fallecidos en los períodos anteriores ahora aparecen aumentando sus fallecidos. Se trata de Las Condes, Lo Barnechea y Vitacura, lo cual implica que es probable que los contagios se hayan reanudado en sectores donde se consideraba que la pandemia había estado relativamente controlada.

En el resumen por regiones se puede observar que las regiones con mayor aumento de fallecidos son la Región Metropolitana, con un 41,7 por ciento; Antofagasta, 12,6; Tarapacá, 21,7; Valparaíso, 8,3 y así hacia abajo. Ahora, con mayor significación estadística llegan hasta Magallanes, con un 5,9 por ciento de aumento de fallecidos por sobre lo esperado en un tiempo normal.

¿Cuáles son los fallecidos que ha contado el gobierno o por qué se produce esta discrepancia?, ¿por qué se produjo una contabilidad tan subreportada de fallecidos, especialmente durante los tres primeros meses de la pandemia?. Porque el gobierno solo contaba los fallecidos hospitalarios con PCR positivo antes de que la persona falleciera. Si el PCR llegaba después de que la persona falleciera, no se contaba. Si la persona fallecía en el mismo recinto hospitalario, antes de que se le tomara un PCR, tampoco se contaba. Y, sobre todo, no se han contabilizado las muertes domiciliarias ni las muertes en otros recintos, como hogares de ancianos, cárceles y calles, toda vez que a quienes mueren en estos lugares o en estos espacios no se les hace el PCR. Por lo tanto, aunque hayan tenido la sintomatología, incluso el diagnóstico, y aunque los médicos que levantaron las actas de defunción hayan puesto covid o sospechoso de covid, esas muertes no se contabilizaban, lo cual produjo la discrepancia. Tras el cambio de ministro, el DEIS (Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud) ha dado a conocer la cifra global de fallecidos que se contabilizaban en esa unidad, cifra que considera todos los casos probables de covid, hayan tenido PCR positivo o no y sin importar el lugar de fallecimiento. Por ello, esa contabilidad supera los 7.000 fallecidos, que es la cifra que se entregó este fin de semana y que se acerca con bastante precisión al cálculo que hemos hecho de exceso de muertes.

Hay que considerar que en el período de pandemia otras causales bajan, como los accidentes de tránsito que han bajado en 30 por ciento. Por ejemplo, las muertes de jóvenes y de niños en marzo bajaron, en promedio, 25 por ciento. Solo en marzo, que es el único mes del cual tenemos de rango etario, y en algunas semanas esa baja llegó a 50 por ciento. Entonces, hay una superposición, pero entre las causas covid, algunas se sumergen en las causas de muertes normales de un año normal y, otras, forman parte del exceso. En el exceso, también se considera, como parte de las consecuencias indirectas de la pandemia, a aquellas personas que no pueden llegar a un recinto de salud, personas que tienen otras urgencias, otras patologías crónicas, o que no pueden hacerse las quimioterapias que tenían pendientes, o que fallecen por temor a ir a los servicios de salud y contagiarse por covid y que fallecen por otras causas, pero también se consideran como muertes asociadas indirectamente a la pandemia.

Según estudios internacionales que conozco al respecto, en el exceso de muerte en torno a 90 por ciento se considera como casos subreportados. Cuando se saca el cálculo del número de muertes normales esperadas para el mismo período y después toma el número en exceso, si por ejemplo el exceso es de 50, se estima que el 90 por ciento corresponde a subreportes y el otro 10 a otras causas de consecuencia indirecta de la pandemia.

3.8.- Ministro de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, señor Andrés Couve Correa:

Tengo siete temas a los que me referiré relativamente rápido. Considero importante remitirme a ellos, porque, como dije, no solo reflejan el

trabajo del ministerio, sino también dan cuenta de cómo este ministerio ha articulado a la comunidad científica para contribuir de la mejor forma, a través del conocimiento, a esta pandemia.

En la primera diapositiva se explica cómo hemos contribuido a aumentar la capacidad diagnóstica. El 18 de febrero se identificó como un desafío establecer una red de laboratorios que pudiera complementar el trabajo del Instituto de Salud Pública (ISP). Se estableció, entonces, una red de laboratorios de investigación universitaria, donde se reconvirtieron temporalmente laboratorios de investigación en centros de diagnóstico, en cuanto a la capacidad de personal, equipamiento e insumos. En la actualidad hay 31 centros diagnósticos de este tipo, cada uno de ellos está certificado por el ISP, y en conjunto contribuyen al diagnóstico que estamos haciendo como país. Se ha llevado a cabo un esfuerzo extraordinario de parte de la comunidad científica. Se han realizado más de 100 mil test en los mencionados laboratorios de investigación temporalmente reconvertidos, lo que corresponde, aproximadamente, a 10 por ciento de todos los exámenes PCR que se han tomado en nuestro país.

Junto con la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, que entró en funcionamiento el 1 de enero, hemos destinado recursos que ascienden a 1.500 millones de pesos para fortalecer dicha red diagnóstica y de ese modo permitir que contribuyan de manera muy significativa a cómo estamos haciendo hoy día los test PCR en el país. Esa es la primera gran contribución del Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Otro aspecto que me parece muy relevante comentar es que se redirigieron fondos, recursos de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, para hacer un concurso específicamente destinado a investigación covid-19. Estamos hablando de 2.300 millones de pesos, recibimos más de 1.000 proyectos de investigación en las postulaciones de todas las regiones del país y de todas las disciplinas. Destaco, por ejemplo, que recibimos más de 400 proyectos de ciencias sociales. Incluso, se está evaluando la última etapa del concurso y estimamos que muy pronto vamos a dar a conocer la lista de adjudicaciones. Son proyectos cortos, de un año de duración, para estudiar la pandemia en todas sus dimensiones, no solo en aquellas aristas que tienen exclusiva relación con el virus, sino también en relación con aspectos sociales y de información que son muy relevantes y que han tenido la misma importancia respecto de esta pandemia. Esperamos que con esa cantidad de información podamos prepararnos para enfrentar futuras epidemias, pues sabemos que esta no será la primera ni la última. Un aspecto importante en esta materia es que los resultados de las investigaciones que se hayan realizado con este fondo, quedarán a disposición de la comisión y serán de libre acceso para todos.

Hay un segundo fondo, que es distinto, que también dispusimos hace un tiempo, que emana de nuestra nueva división. Tenemos una nueva división que se instaló junto con este ministerio. Se trata de la división de Ciencia y Sociedad, cuyo objetivo es vincular el quehacer científico con las personas en el mundo de la

educación, pero también en el mundo de la sociedad en su conjunto. Hemos definido la función de esta división: llevar la ciencia a espacios culturales y llevar la cultura a los espacios científicos. En ese contexto, lanzamos un concurso en uno de los aspectos que nos parece fundamental en este periodo de pandemia, que tiene que ver con salud mental. El objetivo de este concurso es poner en valor la investigación que se ha hecho en salud mental en Chile, a fin de llevarla a las personas, para que la conozcan, lo que contribuirá a su bienestar, ya que sabemos que todos estamos pasando por un momento muy difícil.

Hay otros proyectos destinados a la comunidad escolar. Creemos que es importante destacar el rol y dirigir un mensaje a los niños, niñas y adolescentes, a las familias en general; es decir, a la sociedad en su conjunto: jóvenes y adultos. Este concurso también se encuentra en proceso de evaluación y con él pretendemos aportar, no solamente con investigación científica, sino además contribuir a que esta investigación llegue a las personas.

En el marco de la mesa social, en la cual participo como ministro de Ciencia y Tecnología, se tomó la decisión de establecer una submesa de datos, con el objetivo de disponibilizar datos para realizar investigación científica, para analizar de mejor manera la pandemia y para hacer análisis predictivos clínicos. Definimos tempranamente que esta submesa iba a trabajar con distintas fases de la pandemia y que los integrantes podíamos cambiar el foco. A la fecha hemos definido dos fases: la primera se refiere a disponibilizar información pública epidemiológica del Ministerio de Salud, pero agregando valor, poniéndola en un formato estándar, en un sitio único, con control de calidad y con una nomenclatura que permita entregar información de fácil acceso para hacer investigación, siempre tomando en cuenta que es información pública del Ministerio de Salud. La segunda fase que hemos definido, más recientemente, tiene que ver con disponibilizar información de otro tipo, no solamente necesitamos trabajar con información epidemiológica. En las últimas semanas ha cobradorelevancia la importancia que tiene la información de movilidad, de cómo podemos evaluar las medidas de cuarentena y en ese sentido, hemos estado haciendo un trabajo de disponibilizar información de transporte y movilidad. En la submesa participan tres ministerios: el de Salud, el de Ciencia y el de Transportes y Telecomunicaciones y la Comunidad Académica, representada por investigadores e investigadoras de distintas áreas. Ha sido un trabajo que ha constituido una instancia inédita, en que la academia y el sector público hemos trabajado en conjunto para desarrollar una capacidad muy necesaria hoy en el país.

A la izquierda de la lámina podemos observar la base de datos, la cual se encuentra en el sitio *web* del ministerio, minciencia.gob.cl. Hay una pestaña que dice datos abiertos y ahí se puede acceder a la base de datos, totalmente de libre acceso y tiene a disposición información referente a indicadores nacionales, regionales, comunales y del sistema integrado de salud.

A la derecha de la lámina podemos observar el repositorio propiamente tal que se encuentra en una plataforma denominada GitHub. Esta es una especie

de Wikipedia de datos totalmente abierta, a fin de que cualquier persona pueda acceder y a las personas que me están escuchando las invito a que ingresen a la base del sitio web del Ministerio de Ciencia y vean la información disponible. No solo pueden visualizarla, sino también usarla y aquí les voy a comentar algunas cosas importantes.

Hemos avanzado con la submesa de datos y trabajando, como les mencione, en conjunto con los distintos ministerios y los representantes de la academia, y hoy tenemos en la base de datos 43 *sets* de datos. Estos son todos los datos que hoy se encuentran disponibles y que se han ido disponibilizando de manera gradual; hemos complementado y completando esta base de datos, poniendo cada vez información de mayor calidad, de mayor profundidad geográfica y con mayores niveles de desagregación temporal. Por lo tanto, actualmente contamos con una base de datos muy completa que proviene, en gran medida, de los informes diarios que reporta el Ministerio de Salud, de los informes de epidemiología que recibimos varias veces a la semana y ahora, como ustedes pueden ver al final en los últimos *sets* de datos hay datos que provienen de otras fuentes. Por ejemplo, ya tenemos datos del Registro Civil y de Transportes y Telecomunicaciones, que son relevantes al momento de hacer análisis de cómo se está comportando la ciudadanía en relación con las medidas.

En consecuencia, hoy tenemos una base que ha ido creciendo, que se ha ido completando y que ha sido gracias al trabajo colaborativo de la submesa y de los ministerios. Esta base de datos se está utilizando hoy de manera muy amplia, ya que tiene alrededor de 6.000 visitas al sitio, y son cerca de 1.000 usuarios únicos. Esta base se está descargando cerca de 300 veces diarias por 200 usuarios individuales. Por lo tanto, la base se está usando de manera muy amplia en cuanto a la utilización que se hace de ella para proveer análisis e información que sea analizada y no solamente los datos.

En esta base se puede consultar cualquier tipo de información que esté ahí, además tiene una funcionalidad de preguntas y respuestas que se hace a los usuarios para que nos vayan preguntando cosas o nos vayan haciendo aclaraciones que se necesite hacer. Por ejemplo, en las anotaciones, cuando se encuentren algunas inconsistencias en la base entre los distintos *sets* de datos, y ahí ustedes pueden observan que estamos en una activa interacción con los usuarios de preguntas y respuestas, lo cual hace que la base misma se vaya fortaleciendo. A veces, esto es un poco técnico, pero es importante dar cuenta de que esta interacción con los usuarios la base se va fortaleciendo.

Hay también una incorporación nueva que es una API, lo que es una interfaz que nos permite que muchos de los procesos se puedan automatizar. Ahí, ustedes pueden ver un gran uso de esta API y cómo la gente está usando la base ahora, de manera automática, lo cual tiene que ver con que la base de datos no son solamente los datos que están allí, sino el formato, los estándares y la anotación que tiene cada uno de los *sets* de datos.

Tenemos un componente adicional que como ministerio de Ciencia tenemos la atribución no solo de disponibilizar información pública, que es oficial, sino también podemos disponibilizar información de la Comunidad Científica, y aquí hemos estado trabajando con grupos que reciben información, por ejemplo, en este caso, de telefonía. Estos grupos de investigación garantizan la agregación y que no se puedan disponibilizar datos personales, sino que están totalmente anonimizados, pero ellos, a su vez, pueden disponibilizarla para que otros puedan usarla, y eso es lo que hoy tenemos también en la base en esta pestaña que se llama Datos por Terceros. Son datos que la misma Comunidad Científica pone a disposición del resto de las personas, en este caso, de movilidad que nos permite hacer una evaluación de cómo han sido las cuarentenas.

Estos datos se usan en los visualizadores oficiales, como el del Ministerio de Bienes Nacionales, así como la información de la realidad nacional en datos; pero también estamos poniendo a disposición todas las aplicaciones, todos los usos y todas las visualizaciones que utilizan nuestra base de datos. Ellos nos contactan y nosotros a ellos y les pedimos permiso para disponibilizar también sus análisis; aquí, ustedes pueden ver que hoy en la base se encuentran visualizaciones que son muy útiles. Hoy tenemos 23 visualizaciones que provienen de centros de investigación, de centros de estudios, de universidades, de organizaciones no gubernamentales y, a veces, también de universidades extranjeras que muestran qué están haciendo con los datos.

Por ejemplo, el Centro de Modelamiento Matemático ha usado los datos de la base del Ministerio de Ciencia para calcular el R efectivo, indicador de la tasa de contagio; pero no solamente podemos hacer un seguimiento del R efectivo, sino que aquí se muestra cuándo las distintas regiones o los distintos segmentos de esas regiones han entrado en cuarentena. Entonces, uno puede hacerse una idea de cómo ha ido la tasa de contagio de una región, por ejemplo, pero cómo también tiene relación con una medida que se ha tomado al respecto.

Por otro lado, estamos en contacto con la Comunidad Científica y estamos recibiendo estos informes de movilidad. Hoy recibimos estos informes de las universidades del Desarrollo y de Chile, los cuales han tenido mucha circulación en el público; han estado mucho en la prensa, pues son informes importantes, provienen de laboratorios de investigación de datos muy serios y utilizando datos de telefonía totalmente anonimizados y agregados. Aquí, no hay información personal que pueda disponibilizarse y se da cuenta de cómo se mueven las personas en cuarentena, lo cual ha sido muy relevante, porque hasta hace poco no teníamos esta evaluación tan precisa de la movilidad de las personas en cuarentena y nos ha permitido, por ejemplo, entender que la movilidad no ha disminuido todo lo que esperábamos. Sí la movilidad ha disminuido, sí eso ha ayudado a la cuarentena, pero no ha disminuido todo lo que necesitábamos y también sabemos que, por ejemplo, esa disminución no es homogénea.

A partir de esos informes conocemos que la movilidad de las comunas es heterogénea. Hay correlación entre la movilidad y los niveles socioeconómicos de las comunas; hay correlación entre la movilidad y el tipo de actividad que se desarrolla en la comuna, y ello ha sido información que hoy tenemos, porque existe una Comunidad Científica dedicada a hacer estos informes que los han disponibilizados y que nosotros, como Ministerio de Ciencia, hemos participado de esa articulación.

También hemos trabajado en innovación y no solo en investigación científica. Tenemos presupuestado hacer un concurso a más largo plazo denominado Retos de Innovación. El sector público expone cuáles son sus necesidades, las cuales se resuelven a partir de la comunidad de innovación y de investigación y desarrollo y se premia a la mejor solución a un problema público. Aquí, presentamos un concurso en muy corto tiempo, adecuamos parte de un concurso para hacer estos retos de innovación de elementos de protección para el personal de salud y se adjudicaron trece iniciativas de mascarillas, escudos faciales, también indumentaria, que tienen componentes importantes de innovación. Por ejemplo, hay soluciones que incorporan nanopartículas de cobre; asimismo, hay otras que incorporan un concepto importante de economía circular, de reciclaje. Esto ya está adjudicado, de hecho, los emprendedores están en la etapa de fabricación y de escalamiento. Hemos tenido instancias muy positivas con estos emprendedores, por ejemplo, hace algunas semanas donaron 2.000 elementos de protección de personal de salud para los funcionarios del Servicio Nacional de Menores (Sename), a fin de que pudieran trabajar bajo las mejores medidas de seguridad. Esto ha sido un esfuerzo de la Corporación de Fomento de la Producción (Corfo), de actores de gobierno y de los emprendedores que nos han acompañado.

Otro aspecto importante, que ha aparecido en la prensa, corresponde a la fabricación de ventiladores mecánicos. Al respecto, tenemos una iniciativa que se formó entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación; el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo; la Sociedad de Fomento Fabril (Sofofa); Socialab, y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), llamado Un Respiro para Chile. Este es un grupo que se formó específicamente para hacer un catastro de todos los desarrolladores de ventiladores mecánicos que estuvieran trabajando en el país. Se identificaron 35 grupos que estaban desempeñándose en esto. De cada uno de ellos se hizo una evaluación; luego, se seleccionaron cinco prototipos -los más avanzados-, para acompañarlos en dos aspectos. Primero, un proceso inédito en Chile, que establecimos muy rápido con tres universidad, la Universidad de Valparaíso; la Universidad Católica, a través del Hospital Clínico, y la Universidad de Chile, a través del hospital Dr. José Joaquín Aguirre-, que consistió en establecer un procedimiento de validación técnica y una validación preclínica y clínica. Esto no existía en Chile. Lo implementamos de una manera rápida para que respondiera a la emergencia. Actualmente, contamos con los prototipos que están pasando por estas certificaciones de emergencia en distintas universidades. Esto ha sido con acompañamiento de la Sociedad Chilena

de Medicina Intensiva, Sochimi, que nos ha acompañado en esto estableciendo cuáles son los requisitos.

En concreto, tenemos cinco ventiladores que están en las fases señaladas. Algunos están en la fase de evaluación técnica; otros dos prototipos ya están en fase clínica. Esto significa que son prototipos nacionales, fabricados por desarrolladores nacionales, que se están probando o que ya se han probado en pacientes. Esto se ha hecho en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Por lo tanto, poseemos prototipos que han pasado gran parte de la validación clínica, por lo que están prontos a producirse y escalarse en el país. Insisto en que fabricar ventiladores mecánicos en Chile es una acción conjunta e inédita.

De manera secundaria surgió un desarrollo de la empresa Desarrollo de Tecnologías y Sistemas Limitada (DTS), que es una filial de la Empresa Nacional de Aeronáutica (Enaer) y de Fábricas y Maestranzas del Ejército (Famae), que está desarrollando un dispositivo que permite duplicar la capacidad de un ventilador mecánico, dando lugar a lo que se denomina un ventilador dual. Este ventilador pasó también las etapas clínicas, ya se probó de manera satisfactoria con un paciente y un pulmón de prueba artificial; por ende, está listo para entrar en la fase final de la prueba, que consiste en dos pacientes conectados a un mismo ventilador mecánico.

El ventilador más avanzado del que disponemos es fruto de la interacción entre la Universidad de Concepción y Astilleros y Maestranzas de la Armada (Asmar). Este prototipo está saliendo de las fases clínicas y entrará, en las próximas semanas, en la fase de producción y escalamiento. Esperamos que pueda entonces contribuir al *stock* de ventiladores mecánicos que hoy son necesarios en nuestro país, en el sistema de urgencia y de unidades de cuidados intensivos.

Respecto de una vacuna contra la covid-19, como Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación ofrecimos liderar esa estrategia. Para ello, evaluamos las distintas opciones que tenía Chile, entre ellas, establecer manufactura y desarrollo local; asimismo, ver si existían capacidades de la industria local, particularmente de la industria farmacéutica, que pudiera reconvertirse temporalmente; también evaluamos las opciones que están tomando otros países, que han decidido tener una estrategia de inversión temprana en candidatos promisorios. Estados Unidos, por ejemplo, está haciendo una inversión temprana en empresas que están desarrollando vacunas. De hecho, ya ha firmado contratos con tres empresas y ha adelantado fondos de mil millones de dólares a cada una de ellas en el desarrollo de una vacuna. Pensamos que para Chile no era factible hacer esa inversión, además necesitábamos resaltar y destacar la contribución de la comunidad científica nacional.

En este sentido, establecimos algunos principios, como trabajar con mucha celeridad, con eficacia y, sobre todo, asociatividad entre instituciones públicas y privadas, nacionales e internacionales, procurando un buen uso de

recursos públicos. Estamos elaborando una estrategia donde contactaremos a desarrolladores y firmaremos convenios con ellos, para que a través de nuestra comunidad científica nacional y contribuyendo a que se fortalezca esa comunidad, podamos participar de ensayos clínicos en fase tres. Tendremos que movernos muy rápido; tenemos unos pocos meses. Ya hemos apoyado algunas iniciativas; acaba de firmarse un acuerdo entre la Universidad Católica y una compañía china, que es de las más avanzadas del mundo en la vacuna, incluso, ya comenzó la fase tres en algunos países. Estamos viendo la posibilidad de hacer esa fase tres en Chile. Nos está ayudando, obviamente, la comunidad científica nacional. El objetivo es identificar tres o cuatro desarrollos promisorios y establecer convenios con ellos, considerando las colaboraciones previas entre la comunidad científica nacional y esos desarrollos. Estamos ya avanzando por un segundo y, probablemente, un tercero de algún país europeo o de Estados Unidos, para firmar algún acuerdo dentro de los próximos días.

Se ejecutarán estos ensayos clínicos a través de un consorcio de universidades y empresas nacionales. En esto estamos trabajando junto con el Ministerio de Relaciones Exteriores y también con el Ministerio de Salud, para tener un comité interministerial que nos ayude a dirigir esta estrategia, muy de la mano con la comunidad científica que nos ha apoyado desde un principio, para que podamos tener un buen desarrollo a nivel nacional.

Respecto de las consultas del diputado Eguiguren, a partir del Milenio**,** fundamento de datos, dos investigadores se restaron de la iniciativa de la submesa de datos, porque lo que debemos que considerar acá es que estamos construyendo un sistema de información, estamos construyendo una capacidad, un sistema de información que se ha ido completando cada día, y hemos ido sumando cada vez más información. El primer informe tenía cerca de veinte set de datos, ahora tenemos cuarenta y tantos set de datos; por lo tanto, en la comunidad científica siempre existe la necesidad de contar con más y mejor información. Nosotros siempre hemos trabajado en esa dirección, permanentemente hemos trabajado con la comunidad académica para ir complementando esa información, siempre hemos ido avanzando en esa dirección, se ha ido completando la base de datos; por lo tanto, siempre hemos estado abiertos para que, con todos los investigadores e investigadoras, podamos cumplir con ese compromiso de ir disponibilizando cada vez más información. Para algunos investigadores es necesaria la información adicional para sus estudios, y eso lo entendemos, y es justamente la dirección hacia donde estamos caminando.

Respecto del tema de los fallecimientos que se ha tocado en varias intervenciones, nosotros teníamos un sistema que reportaba desde los centros hospitalarios, que enviaban certificados de defunción, lo que corría el riesgo de un subreporte, porque es un sistema que no permite una trazabilidad adecuada, que no permite una auditoría adecuada y, por lo tanto, se decidió cambiar hacia un sistema mucho más estable, una base nacional que es el Registro Civil y el cruce con los laboratorios; por lo tanto, con exámenes de PCR. Es una mejora sustancial de la metodología que se estaba ampliando. Nosotros dijimos “no es una

metodología óptima, hay que seguir mejorándola" y eso fue efectivamente lo que ocurrió. Una vez que se incorporaron los casos probables con el estudio que hace el DEIS**,** que es el organismo técnico responsable de esto. Es importante destacar acá que esas mejoras también han estado limitadas, porque el DEIS no tenía la capacidad de reportar con la frecuencia que está exigiendo esta epidemia; por lo tanto, ha tenido que aumentar significativamente sus capacidades para ir reportando con mayor periodicidad.

Eso es lo que ha comenzado a hacer a partir del último informe de epidemiología del día sábado, o el penúltimo, donde se reportaron por primera vez los casos totales que corresponden a los certificados de defunción con causa probable. Esto complementa el esfuerzo que se hace por reportar diariamente a través del certificado de Registro Civil con un PCR positivo, que va en el reporte diario, lo que nos permite tener una foto del día que, además, va con fecha de defunción, que se puede corregir, porque va con la fecha y eso nos permite construir esa curva completa. Igualmente hoy tenemos al DEIS que establece las causas, no solamente el que tiene PCR positivo, sino las causas probables, es un sistema completo.

Distintos países usan distintas metodologías; por ejemplo, Holanda utiliza certificados más un PCR positivo y Bélgica, usa además los casos probables; son dos opciones y ambas tienen ventajas y desventajas. En un caso va a ser más preciso, pero probablemente va a haber menos reporte y en el otro caso se va a tener un número mayor, pero también se corre el riesgo de que se incorpore gente que no está.

Es el Instituto de Salud Pública es el que vela por las certificaciones y por los protocolos de ética. Esto se ha hecho previamente y se hace normalmente en Chile, en nuestro país tenemos una muy buena capacidad en investigación clínica, en ensayos clínicos y quiero recordarles que se han hecho ensayos clínicos para vacunas de rotavirus, de influenza y para muchas otras. Por lo tanto, se trata de una capacidad que existe en el país, donde el ISP cumple un rol fundamental como la institución que tiene a su cargo las certificaciones, los protocolos de ética, las aprobaciones y, por lo tanto, tenemos que confiar en que esto se ha hecho previamente, se ha hecho muy bien, Chile tiene muy buena reputación en esto y hoy estamos incorporando una vacuna más a la lista de vacunas, bastante extensa, que ya se han probado en Chile.

El tema de fallecimientos con registro en el Servicio de Registro Civil, más los test de PCR, en el informe diario, ya está claro, ahora complementado con un esfuerzo significativo que hace el test para entregar además los casos probables, con un recuento completo, con la periodicidad que solamente puede tener el DEIS. Hoy se ha hecho un esfuerzo significativo por parte de esa institución técnica para aumentar esa periodicidad. Es un trabajo muy distinto al que se hacía anteriormente, que reportaba en meses o incluso semestres.

Es importante aclarar que el rol del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación es disponibilizar la información pública. En este momento estamos disponibilizando información que hace pública el Minsal a través de los informes diarios y de los informes epidemiológicos. Esa es la información que nosotros estamos poniendo en la base de datos, y no solamente se trata de poner la misma información, porque aquí se agrega valor al tener una base única, al tenerla con anotaciones, al tenerla con formato estándar, al tenerla con nomenclatura internacional. El tema de las anotaciones no es menor, porque cuando se dispone un set de datos, a pesar de ser dato público, va con anotaciones de qué significa ese set de datos. Si se revisan la base de datos se van a encontrar con este tipo de aclaraciones, por ejemplo, en el tema de los fallecimientos, qué significa cada uno de los datos que se ponen ahí, cómo se complementan unos con otros. Por ejemplo, de la Submesa de Datos Covid-19 surgió la necesidad de disponibilizar información sobre la fecha de inicio de síntomas. Hasta ese momento se reportaban solamente los casos confirmados por PCR, pero en discusiones con la comunidad científica se nos hizo notar que para estudios epidemiológicos era muy importante contar con la fecha de inicio de síntomas. Pero esa fecha de inicio de síntomas surge de un informe epidemiológico, que es una investigación en curso. Por lo tanto, la anotación de ese set de datos debe decir que aquí hay un dato que proviene de una investigación en curso y, por lo tanto, muchas veces puede modificarse de manera retroactiva, porque la fecha de inicio de síntomas el mismo paciente puede modificarla; algunas veces se puede modificar porque, por ejemplo, una persona que dijo que su examen de PCR se tomó en una comuna, y el inicio de síntomas da cuenta de su residencia real y, por lo tanto, hay que cambiar a esa persona de comuna.

Por lo tanto, la base de datos se actualiza completamente, y eso da cuenta de que tenemos que ser cuidadosos cuando la usamos también, porque tenemos que ir al detalle de qué significa cada set, y eso es justamente lo que creemos que agrega valor a esta base de datos. No se trata solamente de poner los datos que disponibiliza el Minsal, sino que ponerlos en un formato con anotaciones que permitan hacer un uso, mucho más preciso, de la información disponible.

Lo mismo ocurre, por ejemplo, en los casos que hoy se consideran activos. Nosotros sabemos que se estaba construyendo una lista de activos y se cambió el criterio justamente para que los activos fueran activos respecto de la fecha de inicio de síntomas, no a la fecha del examen de PCR. La fecha del PCR no es cuando una persona comienza la enfermedad, es simplemente cuando se confirma que la tiene. Ya había comenzado la enfermedad con el inicio de los síntomas. Para ser totalmente rigurosos, estamos disponibilizando ambas curvas, para que las personas que puedan utilizar una u otra, dependiendo de cuál es su criterio y qué necesitan, puedan tener acceso a esa información.

En cuanto a los datos desagregados, nosotros sabemos que en Chile están protegidos por ley los datos personales, y tenemos que ser muy cuidadosos

con eso. Están protegidos por ley y además tenemos la responsabilidad. Anonimizar no solamente significa sacar el nombre y el RUT; ya hemos tenido problemas, por ejemplo, con datos georreferenciados. Los datos georreferenciados hoy permiten identificar domicilios, y al identificar domicilios se puede poner en riesgo a esas personas que están en este momento en situación de contagio, que puede ser una situación de fragilidad.

Por lo tanto, para transitar a una anonimización que dé garantías, ese es un trabajo difícil, y nosotros hemos avanzado en esta profundidad geográfica hasta el nivel de comuna, lo mismo con datos de movilidad, que nos permita trabajar con datos agregados, pero no tocamos entonces datos que son sensibles y además los trabajamos con responsabilidad, por temas que pueden surgir, por ejemplo, de estigmatización.

Respecto del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), éste ha ido aumentando sus capacidades; ha ido mejorando sus capacidades para reportar con mayor periodicidad. Y eso es lo que está haciendo ahora; estamos con una periodicidad que tiene que ver con los informes epidemiológicos semanales. Ese es un esfuerzo muy significativo del DEIS, que está continuando en ese camino para trabajar bien con esa periodicidad, entregar datos que sean precisos con esa periodicidad, que no es la periodicidad propia con la que trabajaba previamente. En ese sentido, la información es siempre responsabilidad de esos organismos técnicos.

Respecto de la trazabilidad, hay que distinguir. Hay una trazabilidad que se puede hacer a las personas que están contagiadas y sus contactos, que son intradomiciliarios. Esa es una trazabilidad propia que hace la atención primaria. Se puede aplicar tecnología ahí para mejorar ese aspecto. Una cosa distinta es la trazabilidad que se hace por proximidad en la ciudad, y eso es lo que uno escucha de estas aplicaciones.

Al respecto, antes tenemos que establecer algunos criterios básicos. Por ejemplo, criterios de si esos datos van a estar centralizados, cuáles van a ser las garantías que vamos a dar a las personas, para que esos datos personales estén protegidos, o si están descentralizados en cada uno de los teléfonos, también dar garantías para que no exista uso malicioso de esos datos. Por ejemplo, cómo aseguramos y garantizamos la anonimización.

En cuanto al fondo covid-19, se relaciona con fondos dirigidos específicamente a entender esta pandemia, pero toda la gama de proyectos, de concursos individuales, asociativos y de becas continúa en la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo. Es solamente este fondo el que está dirigido hacia el covid-19. Tenemos muchos otros fondos que hoy siguen su curso normal de investigación, abierta a cualquier disciplina, a cualquier tópico. Por lo tanto, hemos hecho un esfuerzo de redirigir parte de esos fondos al covid-19, pero la agencia sigue funcionando con sus proyectos de investigación, asociativos o individuales, de innovación también, todos dirigidos ampliamente en cuanto a las disciplinas.

El Ministerio de Salud ofreció hace algún tiempo establecer convenios con los municipios para que pudieran tener acceso a la información, que es información sensible, pero que sí se entendió que era información que podía ser muy útil para los municipios. Por lo tanto, existe la posibilidad de que los municipios establezcan convenios con el Ministerio de Salud.

En cuanto a los ventiladores mecánicos, hemos optado por una opción que ha propuesto siempre, en caso de que se necesitasen los ventiladores mecánicos producidos en Chile, trabajar para que pudiesen utilizarse. No estamos pensando necesariamente si tenemos proyecciones de que se van a necesitar más o menos ventiladores; estamos trabajando porque queremos impulsar la industria local, el emprendimiento local, para que en caso de necesitarse esos ventiladores estén disponibles. Eso se ha hecho con aportes de cada uno de los desarrolladores. Hay también aportes de la CORFO, y para las etapas de escalamiento y de producción también se están estableciendo convenios y aportes del sector privado, sector que está ofreciendo financiamiento para escalar estas iniciativas y poder producirlas. Por ejemplo, Famae y Enaer están trabajando en ventilación dual, en un rango de 10 y 15 por semana; número similar nos ha propuesto la Universidad de Concepción.

Estamos trabajando para tener ventiladores, para el caso de ser necesarios. Pero junto con tener los ventiladores, aquí hay algo mucho más profundo y que tiene que ver con potenciar la capacidad local, el desarrollo local, la innovación local. Esto ha generado relaciones virtuosas entre universidades y empresas. Esas capacidades y esos vínculos hay que hacerlos permanentes. Estamos trabajando para ir mucho más allá de la mera producción de una máquina; estamos trabajando para tener un ecosistema que pueda vincularse y desarrollar un producto en tiempo récord en beneficio del país, lo que es importante porque lo diferencia de otras iniciativas.

También estamos trabajando con algunos fondos privados que han aportado de manera muy significativa para traer ventiladores mecánicos desde China, por ejemplo. Ahí hay un esfuerzo significativo de traer ventiladores que van a ayudar al sistema. Estamos complementando ese rol con una mirada mucho más estratégica, de largo plazo, de cómo promovemos y fomentamos las capacidades nacionales.

Respecto de los datos para la toma de decisiones, el Ministerio de Salud cuenta con datos adicionales. Eso proviene del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Epivigila), donde los pacientes se notifican al sistema, una vez que van al sistema de salud; el paciente es ingresado al sistema y ahí queda registrado con su nombre, su Rut, sus síntomas, su domicilio, y obviamente esa es información que maneja el Ministerio de Salud para tomar las decisiones sanitarias. Nosotros, como Ministerio de Ciencia, estamos disponibilizando información pública, la información que hace pública el Ministerio de Salud. En el Comité de Emergencia del Ministerio de Salud, esa información adicional que

permite tomar decisiones, se utiliza; pero no necesariamente es la información que se disponibiliza al público, porque hay que tomar resguardos respecto de la información sensible que está protegida por ley de derechos y deberes de los pacientes.

Respecto de la vacuna, la vacuna local no se excluye en absoluto. Lo que nosotros hemos dicho es que queremos mirar desarrollos promisorios, pero aquí sí tenemos que poner mucha atención en la factibilidad. Nosotros sabemos que la vacuna tiene que estar lista muy pronto. Estamos trabajando, al igual que todos los países, para que tengamos una vacuna en 12 meses o 18 meses, y eso implica transitar rápidamente aquellos desarrollos que estén en fase 3. Hoy día la OMS publica una lista actualizada de aproximadamente 10, 12 desarrollos que ya están en fase 3. Nosotros estamos buscando aquellos desarrollos que están en fase 3, que sean promisorios, y que a través de la comunidad científica, que ya tiene contacto con aquellos desarrolladores porque han trabajado previamente, vamos a establecer un vínculo no solamente porque el desarrollo es promisorio, sino porque también hay una vinculación y colaboración con la comunidad científica y nacional que va a participar en ese ensayo clínico.

Respecto de las descargas de datos, estamos hablando de 300 descargas de la base de datos completa, estamos hablando de 300 descargas diarias de los 40 y tantos productos. Eso significa un número muy significativo de centros de investigación, de centros de estudios que están descargando la base completa.

Respecto de los métodos, ya hemos hablado. Estos, normalmente, deben adaptarse porque deben ir perfeccionándose. Nosotros hemos ido avanzando en perfeccionar los métodos. La epidemia nos ha exigido mucho en cuanto a metodología y en cuanto a sistemas de información. Estos sistemas se han ido robusteciendo cada vez más, se han ido complementando a través de la colaboración de múltiples actores, y la metodología debe adaptarse para responder a distintas fases de la epidemia; eso debe ser así. Y debemos ir encaminados a que tengamos cada vez mejores metodologías, a que tengamos cada vez más información, más disponibilidad de información para la comunidad científica y la ciudadanía.

Los fondos concursables no se han adjudicado todavía. Respecto de si las universidades regionales se han adjudicado los fondos, aún no, pero sí recibimos postulaciones de todas las regiones.

Por una parte, un Ministerio de Salud que tiene el rol de gestionar día a día, quizás, la más grande epidemia que hemos vivido en el último siglo, de poner todas sus capacidades a disposición de ese trabajo, y, por otra parte, nosotros, como Ministerio de Ciencias, en un trabajo complementario, en el que estamos poniendo las capacidades científicas al servicio del país y también en apoyar y colaborar con Ministerio de Salud. En esos roles, que son distintos, que son complementarios y que son nuevos, estamos en un proceso de aprendizaje. Para

el Ministerio de Ciencias esta epidemia es un desafío gigantesco al cual estamos todos dedicados, este ministerio y la comunidad científica, a hacer frente.

Los datos son siempre relevantes, no solo para la comunidad científica, que necesita cada vez más información para que sus modelos sean más precisos, para que sus modelos contribuyan de mejor manera al análisis actual y también a las previsiones, pero también para la ciudadanía.

El cambio en el conteo de fallecidos se implementa para mejorar nuestro sistema de contabilidad. Nosotros teníamos este sistema de reporte desde los centros hospitalarios y en la medida que fue creciendo la epidemia en Chile se evidenció que podía haber un subreporte. Cada centro hospitalario debía enviar el certificado de defunción que posteriormente debía centralizarse; por lo tanto, existía la posibilidad de tener un subreporte de parte de cada uno de esos centros, que estaban muy exigidos. En ese momento se consideró que era más apropiado tener un registro del Servicio del Registro Civil e Identificación, que podía aportar esta información a través de un registro nacional, junto con el PCR que nos podía dar una fotografía más clara de acuerdo con los periodos de reporte que teníamos que cumplir diariamente. Entonces, hay un cambio metodológico en donde, como ministerio, hicimos un esfuerzo muy significativo para explicar a la ciudadanía y evitar un subreporte para ser más precisos en los reportes diarios. El DEIS, que es el organismo técnico responsable, ha tenido que hacer un esfuerzo significativo para poder aumentar la periodicidad; aún no puede reportar diariamente, pero sí lo está haciendo, como ya se mencionó, en informes periódicos. Son esos organismos técnicos los encargados y los responsables de enviar la información a la OMS.

Estamos trabajando para fortalecer el sistema de salud y para que responda de mejor manera. No solo me refiero al sistema, sino también al manejo fuera de este, estableciendo medidas como cuarentena y cordones sanitarios, donde los temas de información de movilidad han sido importantes.

Además, trabajamos en el fortalecimiento del sistema como una estrategia que se centra en la atención primaria, en el rol de los municipios, que tiene la atención local y las residencias sanitarias. Por lo tanto, buscamos fortalecer una estrategia que por mucho tiempo estuvo basada en medidas muy concretas de distanciamiento social, con estas otras que contemplan el fortalecimiento de los sistemas de trazabilidad, que mencionamos anteriormente.

Por lo tanto, escuchamos siempre las voces críticas, en particular de la comunidad científica que, como digo, refleja una comunidad independiente, madura, pero también estamos haciendo los cambios necesarios, el fortalecimiento de la atención primaria y de las residencias, y en lo que nos compete como Ministerio de Ciencia, aportamos además, con la información que proviene de la comunidad científica, en el tema de movilidad y en los temas de trazabilidad, de testeo de PCR, de ventilación mecánica, que son los temas más

propios nuestros y que fortalecen estas nuevas estrategias que se establecen como complemento a lo que se ha hecho ya en el pasado.

3.9.- Presidenta de la Sociedad Chilena de Epidemiología, señora Sandra Cortés Arancibia:

V E R P R E S E N T A C I Ó N

Sabemos que Chile recibió su primer caso clínico el 2 de marzo, pero claramente, desde la Organización Mundial de la Salud, en enero se sabía que la pandemia estaba en curso, momento en el cual Chile anunció su programa coronavirus, pero prácticamente cuando llegamos al primer caso, y a la primera muerte, que fue como a los dos días después, se evidenció que nuestro país no estaba tan preparado para abordar la pandemia.

Chile está entre los primeros en cuanto a fallecidos por millón de habitantes, y no está entre los que más hacen pruebas diagnósticas por millón de habitantes. Son datos que están actualizados, con todas las variabilidades metodológicas existentes en el mundo, pero tenemos un patrón de trabajo que es el de la Organización Mundial de la Salud.

Estamos contando principalmente los casos sintomáticos con PCR positivo, lo que nos deja una curva que es la típica de una epidemia. Esto se llama epidemia en Chile, por lo tanto, es una emergencia de salud pública. Se aprecia un indicador, que quiero que retengan, y es que a pesar de las diversas limitaciones que tiene hacer un diagnóstico basado en una prueba que se llama PCR que, por lo demás, es de muy alto costo y con muchos puntos críticos, no obstante las dificultades que esta técnica tiene, la positividad del test a nivel país es cercana al 30 por ciento, por lo que se recomienda, para levantar de alguna manera nuestra condición de país libre, es el 5 por ciento. Por lo tanto, en relación con todos los comentarios que se hagan respecto del desescalamiento, del retorno a la normalidad y nueva normalidad, cuando nos indique que al menos estamos cerca del 5 por ciento, empezaremos recién a construir una nueva normalidad.

El problema respecto del dato es que ha habido cambios de definiciones que, de alguna manera, nos pueden engañar respecto de la evolución propia de la enfermedad. Esto es solo lo que tenemos confirmado con PCR, pero la Organización Mundial de la Salud nos dice que también contemos los casos sintomáticos sugerentes de covid-19, que están muy bien estudiados, y que se incorporen como casos en este recuento diario. Existe un detalle que les pido tengan en consideración, sobre todo cuando empieza esta discusión del desescalamiento, como le llaman los españoles, y es que la enfermedad principalmente se focaliza en las personas en edad productiva, en donde prácticamente no hay diferencias entre hombres y mujeres, pero es una enfermedad que afecta a las personas que trabajan y que hacen andar un país, y esto es muy preocupante porque en la medida en que no tomemos las medidas

efectivas que corresponden para este grupo de edad, que son las personas que salen a trabajar, no habrá país que salga adelante si no tiene sano a sus trabajadores y a su población económicamente activa.

Por otra parte, sabemos que las mujeres enferman menos que los hombres, y puede ser por varias razones. Afortunadamente, la enfermedad es muy variable. Hay que considerar que por cada caso que tenemos confirmado se estiman entre seis a ocho personas asintomáticas. Tienen que pensar en esto magnificado sobre lo que no estamos viendo, y este es un parámetro que nos preocupa porque estos son los casos detectados, y el porcentaje de estos casos ha ido bajando. En parte, tiene que ver con la técnica del PCR que se utiliza como herramienta diagnóstica, y que ayer u hoy el ministro decía que habíamos hecho un millón de test, pero en realidad hoy se están haciendo menos test. Importa el número diario, y eso no es tan bueno porque va modificando las tendencias que vamos viendo.

Con respecto a la información complementaria que da el Epivigila, ha estado siempre disponible en el Ministerio de Salud de manera parcial, ya que no se hace disponible todo lo que Epivigila registra. Vemos que hay diferencia entre quienes se hospitalizan y no se hospitalizan. Obviamente, las personas que requieren hospitalización son las que tienen lo que nosotros llamamos comorbilidades, principalmente diabetes e hipertensión, lo que también hay que analizar con mucha más profundidad porque vivimos en un país que tiene otras epidemias, como la obesidad, la hipertensión, el sedentarismo, la inequidad en salud, etcétera, y en ese escenario se suma esta nueva epidemia. Tal como se esperaba, fallecen más las personas mayores de 60 años, pero llamativamente, y distinto a lo que ocurrió en el escenario europeo, también hemos tenido fallecidos en edades jóvenes, lo que requiere mucha más investigación y muchos más datos de los que están disponibles.

Vemos que la tasa de fallecimiento ha ido creciendo. Lamentamos mucho que no se contabilizaran todos los fallecidos, y estos son solo los fallecidos hospitalarios, porque no tenemos hasta ahora, desde una fuente confiable y efectiva como lo es el DEIS, el número de las personas que fallece en sus hogares, y eso es un tema muy grave porque no sabemos cuántas personas están falleciendo, dónde viven, en qué comunas, etcétera.

Respecto del incremento de las muertes, que también se ha hecho público, estamos hablando de un exceso de muertes. Lo pudimos ver hasta el 18 de junio y, por supuesto, es el peor escenario porque sabemos que las muertes se concentran sobre todo en las comunas que tienen menor nivel socioeconómico. Los casos están concentrados, hasta ahora, con todas las incertidumbres que he dicho, en la Región Metropolitana. La variación de positividad: en la Región de Antofagasta es de 26 por ciento; en la Región de Tarapacá, 25 por ciento; casi un 30 por ciento a nivel país; Magallanes ha ido bajando. Algunas regiones han tenido un menor impacto de la pandemia, y esto es muy necesario para tener en

consideración, porque no se pueden tomar decisiones de desescalamiento a nivel nacional, sino hay que hacer análisis contextuales por región.

Como Sociedad Chilena de Epidemiología hemos estado disponibles para sumarnos a las mesas sociales regionales, pero hemos tenido muy poca acogida. De hecho, no participamos en ninguna.

Hay regiones, como la Metropolitana o la de Magallanes, que al principio tuvo muchos casos, pero esperamos que el indicador RT en todas las comunas sea inferior a 1, sea negativo y solo en ese momento asumiremos que una persona infectada no estaría contagiando a otra. Pero todas las regiones que tienen una tendencia hacia arriba es donde la enfermedad está mucho más activa. Hoy nos preocupan La Araucanía, Antofagasta, Chiloé, O'Higgins, Magallanes, que tuvo un incremento. Nos parece fundamental que las autoridades regionales estén considerando a los epidemiólogos en estas mesas de salud. Hemos visto esto con la colaboración de la Sociedad Chilena de Estadísticas. Hablamos de regiones con riesgo medio o bajo cuando tienen una tasa de 35 casos nuevos por 1.000 habitantes. Se observa la evolución temporal: La Araucanía tuvo un descenso, pero nuevamente está subiendo un poco, aunque todavía está en un rango bajo de incidencia; Aysén, Los Lagos, Los Ríos.

Riesgos intermedios que están ascendiendo: Atacama, Coquimbo, O'Higgins, Maule, Ñuble, regiones que están con una tendencia hacia el aumento, pero no con una tasa tan alta. Las que tienen riesgo alto: Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso, que van subiendo, y Magallanes ahora comienza a bajar. La Región Metropolitana tiene una tasa de incidencia con riesgo muy alto, concentrado, principalmente, en el sector suroriente y desplazándose a lo largo de toda la región. Ahora bien, a modo de ejemplo, en Arica hubo un inicio de cuarentena a principios de abril. La tasa se mantenía relativamente baja, pero luego de levantada la cuarentena, la tasa volvió a subir; se renovó la cuarentena y bajó la tasa. Cada vez que ha habido intervenciones, se puede ver el impacto de las medidas, pero en ciudades como Santiago, donde la territorialidad es mucho más compleja, cuando hay dos países en uno dentro de la Región Metropolitana, las medidas de cuarentenas no son las únicas que recomienda la OMS para abordar la pandemia.

Al respecto, están los pilares que la Organización Mundial de la Salud nos recomienda que seguir para la contención y reducción de la pandemia. Uno de los principales puntos es el control en los puntos de entrada. Les quiero recordar cómo partió esto: los primeros casos, en el aeropuerto. Personas de nivel socioeconómico alto, provenientes de viajes de veraneo en Europa o en Asia y en ese punto de entrada comienza la diseminación del virus a lo largo de toda la zona oriente, luego a la Región Metropolitana y ahora al resto de Chile. Se han llevado a cabo otras medidas. El Ministerio de Salud ha trabajado con estos ejes, los conoce, porque esto está amparado en reglamentaciones vigentes desde 2005, como la vigilancia epidemiológica, la coordinación y monitorización a nivel del país, el manejo de los casos. Ahora, tenemos diferencias importantes respecto de

la temporalidad y oportunidad con que se han tomado estas medidas, y esto es algo que podemos comentar.

En la actualidad, en cada región deberíamos intentar hacer estas mesas de salud, en las que se fortalezca la atención primaria de salud; se mejore la articulación con las secretarías regionales ministeriales y con los servicios de salud regionales. De acuerdo con nuestros diagnósticos, a través de nuestros socios y amigos, esto no ha ocurrido. Por eso que ustedes han visto regiones muy exitosas y otras menos exitosas.

La tarea ahora es fortalecer todo lo relacionado con la atención primaria de salud, para articular lo que la OMS dijo desde el primer momento, desde diciembre: residencias sanitarias desagregadas con distinto nivel de complejidad; una buena estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento de los casos positivos; vigilancia integral de salud pública, que retroalimente los planes territoriales -hay que mirar al país, a las regiones y a las comunas de manera separada; establecer la distancia física más que social, olvidándonos del metro, ya estamos hablando de dos metros de distancia para proteger a la población de más alto riesgo, como son las personas mayores y los enfermos crónicos, que en Chile son muchos, debido a todas las epidemias de enfermedades crónicas que tenemos; sobre todo, articular regulaciones para el ámbito del trabajo, del transporte, de la educación, de los grupos específicos de riesgo, especialmente el de los trabajadores informales; medidas económicas de apoyo específicas para la población vulnerable, principalmente por ámbitos de pobreza, por condiciones de hacinamiento, etcétera. Entonces, como señala la Organización Mundial de la Salud, la estrategia no basta con cuarentenas, ni con aduanas sanitarias, ni muchísimo menos con más ventiladores mecánicos. Lo que se debe hacer ahora con estos análisis contextuales regionales, basados en la información epidemiológica que se recolecta y que no está completamente disponible, es hacer programas integrales, sociales, con las autoridades locales, regionales y con énfasis muy fuerte en la comunicación efectiva de riesgos, que es algo que mejoró sustancialmente con la llegada del doctor Paris al ministerio.

Ha habido muchas estrategias que hemos articulado desde el Colegio Médico y desde las sociedades científicas. El entonces ministro de Salud, doctor Mañalich, recibió un documento que generó el Colegio Médico en el que está resumido lo que en la Sociedad Chilena de Epidemiología creemos que es la herramienta más integral para el abordaje de la pandemia. Quiero recordarles que las sociedades científicas, en general, que se concentran en el estudio de esta problemática a nivel poblacional, somos: la Sociedad Chilena de Epidemiología; la Sociedad Chilena de Salubridad y la Sociedad Chilena de Estadísticas, porque somos las que miramos la complejidad de abordar una pandemia a nivel poblacional. Todas las demás sociedades, que están articuladas y que están trabajando, están en el mundo clínico y han colaborado y generado muchísimos protocolos que ustedes pueden consultar en la página web del Colegio Médico de Chile, pero que son efectivos cuando las personas se enferman.

De verdad, lamento que el ministro Couve no haya escuchado mi presentación, porque lo que necesitamos es hacer el trabajo preventivo. Estamos a tiempo de hacerlo, sobre todo en regiones y en algunos sectores muy vulnerables de Santiago. Sabemos que la red hospitalaria está a tope y que en las regiones no hay más camas, ni ventiladores. Por lo tanto, lo único que nos queda es hacer salud pública con un énfasis preventivo, junto con adoptar medidas sociales y económicas, ahora.

En cuanto a la investigación -soy investigadora, soy epidemióloga-, me parece de sumo interés, pero, como lo dijimos tanto en la primera carta como en la segunda, este es el momento de salvar vidas, y la mejor manera de hacerlo y de reducir la carga hospitalaria es con las medidas preventivas. Una de ellas es precisamente la cuarentena, pero hay muchas más.

La letalidad es un indicador porcentual cuyo numerador es el número de personas que fallecen por una causa equis, que en este caso es el coronavirus, y el denominador es el número de enfermos de la enfermedad equis. Entonces, la letalidad nos dice cuántos de los enfermos se han muerto. Si nosotros aumentamos o modificamos el denominador el valor porcentual que se obtiene, que se expresa por 100, puede ser muy variable. El problema más serio que tiene la letalidad en nuestro caso es que los fallecidos sabemos que fallecen, no hay duda, mueren, y mueren con una definición que para la OMS pueden ser muertos con PCR confirmado o sintomáticos sugerentes de covid. Sin embargo, los enfermos se testean con una prueba, que se llama PCR y que mide prácticamente el virus, el cual tiene una conformación específica que lo hace ser muy específico como técnica, pero la PCR es una técnica que tiene detrás muchas variables involucradas que pueden afectar su performance. Si usted pertenece a una isapre, seguramente va a la Clínica Alemana y le van a hacer la PCR rápidamente y le van a dar el resultado en un día, pero si va a un Cesfam de La Pintana, eso mismo puede demorar 10 días. Entonces, cuando aparecen los datos, la PCR ya no sirve, porque, además, está vinculada a una ventana de oportunidad, en donde su performance es más apropiada. Es decir, es como dos días previos a la aparición de síntomas hasta 5 a 7 días después de la aparición de síntomas. Fuera de ese período la PCR funciona muy mal, entonces nosotros, cuando usamos esta definición de casos muy restringida, vamos tener un número que no da cuenta de la evolución de la enfermedad.

Por eso, la literatura internacional recomienda que usted sepa que el denominador que estamos empleando puede ser muy variable, dependiendo de la definición de casos que usted tenga en su país. Pero, además, en Chile el número de testeos es muy alto, pero no sabemos mucho sobre qué es lo que hay detrás de ese número muy alto de pruebas. Lo que sí sabemos es que cuando son positivos, se trata de personas que tuvieron el virus, pero no sabemos en qué momento de la enfermedad se tomó. Entonces, lo que recomienda la literatura internacional es que tome con consideración y precaución los indicadores que tiene, que no le crea tanto a la letalidad, porque depende de una prueba muy específica, la PCR, que depende del momento de la enfermedad; que depende de

la experiencia de la experiencia de la enfermera que lo toma; que depende de los días que demora la obtención de resultados; que, además, sabemos que se presentan falsos positivos y que no está accesible para todos, porque depende del nivel socioeconómico. Entonces, la literatura nos dice: junte toda la evidencia epidemiológica; analice en contexto y mire la mortalidad; mire la letalidad; mire la ocupación de camas, es decir, conozca la evolución clínica de la enfermedad. Esta es una enfermedad que no estamos conociendo apropiadamente en Chile, porque todavía nos falta información para saber bien qué es lo que hace.

Entonces, les pido que no miren solo la letalidad, sino que también miren las tasas de positividad y de mortalidad. La idea es saber cómo se distribuye la enfermedad por nivel socioeconómico: cómo se distribuye de acuerdo con las distintas dimensiones del territorio, sea por comuna o por región. La enseñanza de la revisión de la literatura y de nuestra propia experiencia es que hay que mirar todos los demás indicadores y, hasta ahora, uno de los más confiables sigue siendo el número de casos acumulados y el número de casos incidentes, porque, dependiendo del contexto en el que están, van a representar un gran problema o no, puesto que dependerá de la población basal que haya.

Respecto de los voceros confiables y mensajeros claros, puedo enviarles el artículo en el que eso se menciona, a propósito de la experiencia de la ciudad Hong-Kong. Estos ciudadanos entraron a la epidemia después de tener una gran crisis social. Eso está demostrado en la metodología de comunicación de riesgo. He estudiado bastante comunicación de riesgo. Por eso, la recomendación de los países desarrollados es que los encargados de epidemiología, a partir de los datos confiables que genere el Ministerio de Salud, sean los voceros de este tipo de situaciones, que son verdaderas catástrofes humanas y humanitarias.

Me permito un segundo para que reconozcamos que tenemos, a lo menos, 8.000 familias que están sufriendo un duelo a consecuencia de la actual pandemia. Por supuesto, lamento que esto se haya entendido como un enfoque negativo, pero nuestra responsabilidad es ser también responsables con el sufrimiento de las personas, porque sabemos que las medidas pudieron haber sido mucho más tempranas. Eso es lo que hemos expresado en nuestras declaraciones, desde que esto empezó.

En cuanto a la consulta sobre lo bueno, por supuesto que hay muchísimas cosas buenas. Como dije, el Ministerio de Ciencias ha hecho un tremendo esfuerzo en fortalecer la red de laboratorios. Creo que nos han convocado, porque ahora todo el mundo sabe que existimos los epidemiólogos, lo cual es muy bueno. Lo bueno es que se ha fortalecido el Departamento de Epidemiología, con más personas; lo bueno es que el DEIS se está poniendo a la altura de un Servicio de Estadística Sanitaria de nivel mundial. Siempre lo ha sido, pero, en general, en los últimos gobiernos fue prácticamente desarticulado, lo mismo que el Departamento de Epidemiología. Agradezco muchísimo que los departamentos de epidemiología ahora cuenten con más personas y con mayor responsabilidad en esta materia.

Nuestra principal recomendación sobre el testeo es ampliar la definición de casos, incluyendo la sintomatología. Hay sintomatología bastante sindrómica. Una de ellas es, por ejemplo, la pérdida de olfato y el dolor muscular, pero también se debe mirar la información de la vigilancia de virus circulando. Esta semana hay varios centros centinelas que vigilan solo la circulación del virus. Por lo tanto, es importante considerar otros indicadores, como la positividad y la circulación viral. Quisiéramos que Chile tuviera, por ejemplo, un sistema de vigilancia del virus en las aguas servidas, que también, en la evidencia internacional, ha sido muy importante, porque nos va alertando, como un sistema de alerta temprana, cuando el virus empieza a subir o bajar del entorno de las personas. En verdad, hay que tener mucho cuidado con el testeo, porque tenemos un millón de test, pero no sabemos cuántos son completamente negativos; porque no sabemos cuántos son incertezas; no sabemos cuántos se han perdido en el traslado; no sabemos cuántos han perdido la cadena de frío ni cuántos han sido tomados inapropiadamente. Por lo tanto, tenemos un gran número respecto del cual solo sabemos la positividad. Por tanto, también es importante poner indicadores de proceso sobre eso, que permitan que los test sean públicos y que nos permitan, a nosotros, desde la academia o de otras organizaciones, divulgar esa información. Nosotros queremos divulgar buenas noticias, porque los chilenos merecemos tener buenas noticias. De modo que sería muy bueno tener explícita esa información.

En relación con las actividades esenciales, para las experiencias internacionales, las actividades esenciales son la alimentación de las personas, referida no como *mall* abiertos, sino que acceso a alimentos, es decir, comida en las casas; la producción de agua, la provisión de energía eléctrica y las telecomunicaciones. Esas son las cuestiones estratégicas y esenciales para un país. Eso quiere decir que todas las otras actividades no esenciales pueden adaptarse en turnos; en conformación de equipos de *backup;* en confinar trabajadores sanos; en mejorar las condiciones en los sitios de trabajo para acortar la jornada; en proveer condiciones saludables para el teletrabajo, principalmente en términos de salud mental. O sea, hay mucho que hacer para las actividades no esenciales, pero las esenciales son las que sí o sí tienen que funcionar, y esto está muy bien protocolizado y formalizado en la experiencia internacional. No hay mucho más que inventar sobre eso.

¿Cuál es la incorporación real de la atención primaria de salud (APS)? La incorporación real de la APS es desde el primer día de la pandemia, porque la atención primaria de salud ha intentado seguir haciendo sus programas habituales, con sus presupuestos. Incluso, hay experiencias muy notables y exitosas que se han compilado en el repositorio que tiene la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, así como muchos *webinars.* Los APS han estado trabajando desde el primer día con los recursos limitados que tienen las municipalidades, por lo que recibimos con mucha alegría la decisión del entonces ministro Mañalich de incorporar a la APS. Estamos esperando los protocolos y los presupuestos para que pueda, efectivamente, mejorar su trabajo, porque está

demostrado que la APS es fundamental, sobre todo, para hacer el seguimiento de los casos positivos.

Sobre cuántas personas se necesitan para dar seguimiento a los casos confirmados, los números son variables. No lo recuerdo bien, pero creo que son del orden de 50 por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, hay que establecer un sistema para la trazabilidad. Muchas municipalidades lo tienen, personalmente conozco el de la Municipalidad de Renca y el trabajo desarrollado en la Región de Atacama. La trazabilidad requiere teléfonos, medios de transporte y acercarse a los hogares para que las personas puedan reportar por teléfono o de otra forma su estado de salud. Ahora bien, no le puedo confirmar si tenemos déficit o no porque, hasta ahora, no contamos con ningún indicador de proceso ni indicador final de la manera en que ocurre la trazabilidad. No obstante, puedo compartir con ustedes una muy buena noticia, y es que junto con la Escuela de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica, la Universidad de la Frontera, la Universidad Católica del Norte, la Universidad de Concepción y muchas más, se generó un curso para formar trazadores para que vayan en apoyo de la atención primaria de salud. Incluso, la plataforma de la escuela colapsó rápidamente, la Universidad Católica ya tiene el curso en su web, la Universidad Mayor también, y nuestra tarea es formar trazadores. Con un buen protocolo, cualquiera de nosotros puede hacer trazabilidad, es lo que quisiéramos, pero como no está definido aún el presupuesto ni la infraestructura que se necesita, las personas todavía no pueden salir a hacer trazabilidad.

Nosotros insistimos en que se deben instalar mesas regionales de salud, porque los promedios esconden la variabilidad de las tasas de infección efectiva (Rt). Efectivamente, como promedio país, Chile está llegando a un Rt cercano al 1 por ciento, pero algunas regiones están llegando al 1,5 por ciento y otras al 1,8 por ciento. Por lo tanto, es un indicador que debe mirarse en una mesa regional, lo mismo respecto de la Región Metropolitana. Lo hemos calculado. En la Universidad Católica tenemos un grupo llamado DataCovid UC, que calcula los Rt comunales, con el cual uno puede observar las grandes diferencias que hay a nivel territorial.

El ministro Couve mencionó 31 laboratorios nuevos, desde las universidades. No sabemos la progresión de esos laboratorios en cuanto a su funcionamiento, pero son laboratorios universitarios. Sabemos que hay muchos laboratorios que están en condiciones, pero no tenemos indicadores de cuántas muestras reciben ni cuántas muestras hay; por supuesto, eso es parte del buen trabajo realizado, pero no solo de este gobierno. Insisto, Chile cree que esta es la primera vez que hay una emergencia, pero en 2005, el Ministerio de Salud adscribió al Reglamento Sanitario Internacional, el cual es un instrumento que coordina las acciones de vigilancia ante enfermedades emergentes, como esta, o enfermedades reemergentes, por ejemplo, en el caso de un brote de cólera. Este obliga a Chile a fortalecer los sistemas de vigilancia, a tener sistemas de alerta temprana y a tener salas de situación, pero, por alguna razón que no puedo explicar, no se convocaron al inicio de la pandemia.

En cuanto a la inmunidad de rebaño, claramente, es una discusión que está cerrada. La inmunidad de rebaño no opera, en este caso, en un país con una alta prevalencia de enfermedades crónicas que, de por sí, antes de la movilización de octubre, ya tenía el sistema público de salud colapsado. Si ustedes recuerdan, antes de que llegara el covid-19, ya teníamos una crisis en el sistema de salud. Entonces, si esperamos que se enferme el 70 o el 80 por ciento de la población, es posible, en un escenario hipotético, modelado, llegar a esos números tremendos que, al menos como Sociedad Chilena de Epidemiología, pusimos en la segunda carta al Presidente. Por lo tanto, debemos actuar preventivamente para no llegar a esa condición y, ojalá, aprender a vivir con el covid, que es lo que nosotros estamos diciendo.

En cuanto a las zonas más o menos exitosas, es multifactorial. Hay muchas cosas que no sabemos de este virus; no sabemos cómo se va a desarrollar la enfermedad, por ejemplo, en las personas que viven en altitud. Sospechábamos que por nivel socioeconómico, principalmente por el acceso diferenciado que hay a la salud, determinados individuos pueden tener una respuesta diferente. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una declaración para advertir a los distintos países que deben prepararse para, por lo menos, dos años viviendo bajo este escenario covid.

Lamentablemente, tengo que decir que con el cambio climático y la intervención humana en los ecosistemas naturales, cada vez serán más frecuentes las enfermedades emergentes, principalmente, las denominadas enfermedades zoonóticas, que son aquellas que pasan de los animales al hombre. Entonces, mientras sigamos destruyendo los ecosistemas naturales, tendremos que aceptar que continuaremos recibiendo enfermedades nuevas y, por supuesto, el covid, al menos, nos tendrá ocupados hasta por dos años.

Soy un poco más conservadora que el ministro Couve respecto de tener una vacuna. Conozco muy de cerca el trabajo de la doctora Catterina Ferreccio por el virus del papiloma humano, para el cual probó una vacuna en Chile y trabajó al menos durante cinco años para que esta pudiera alcanzar estándares apropiados de calidad y conocimientos respecto de sus efectos adversos. Se demoró otros tres o cinco años más para que esa vacuna entrara al Ministerio de Salud, con el objeto de controlar una enfermedad tan importante como el cáncer de cuello uterino.

Agradezco que hayan leído nuestras declaraciones porque, muchas veces, estas fueron bastante alineadas con las recomendaciones hechas por el comité asesor, en donde también hay epidemiólogos e infectólogos. Nuestras recomendaciones están basadas en evidencias y en nuestra experiencia. Ustedes pueden hacer el ejercicio de ver en qué fecha sale una recomendación y en qué fecha se toma la medida. Las razones no se las puedo responder, porque no las sé.

La primera medida del comité asesor que fue aceptada rápidamente por el ministro Mañalich fue la referida a la Atención Primaria de Salud (APS), que el ministro Mañalich validó al día siguiente de que le fuera propuesta. Por supuesto que, mientras más nos demoremos en tomar medidas, más se recargarán los sistemas de salud. Tenemos una tasa de positividad muy alta entre los funcionarios de salud, quienes esperan enfermarse rápidamente para volver. Sin embargo, es necesario considerar que no conocemos la historia natural de la enfermedad ni sabemos qué secuelas de largo plazo presentarán las personas que tuvieron la covid-19 y sobrevivieron. Es importante la cantidad de fallecidos, y las personas que han salido bien de la enfermedad requieren seguir siendo objeto de vigilancia epidemiológica, ojalá con fondos del Estado, porque tampoco conocemos muy bien las implicancias en salud mental por cada una de tales medidas. Una tan simple como la cuarentena puede producir un gran impacto en salud mental, y quienes hemos estado en cuarentena nos hemos dado cuenta de eso. También existe otro tipo de impacto, sobre el cual los quiero alertar, que tiene que ver con todas las enfermedades distintas de covid-19, que no están siendo atendidas apropiadamente debido a la prioridad que nos plantea la pandemia. Entonces, creo que las implicancias en salud pública, entendida esta como efectivamente pública, es decir, con cobertura para toda la población, representan un serio problema.

Nosotros recomendamos al ministerio que se siguieran las recomendaciones de la OMS, alertamos también sobre el recuento de fallecidos, hicimos una minuta sobre las metodologías, hemos hecho minutas y protocolos para los hospitales pequeños, así como muchas recomendaciones, a las que se puede acceder desde nuestra página web o desde la del Colegio Médico, que ha consolidado todas las que han hecho llegar las sociedades científicas.

No esperamos una respuesta directa por parte del Ministerio de Salud, sino actos acordes a lo que requiere la situación epidemiológica, la cual, insisto, debe ser contextualizada a nivel regional.

La implicancia más directa del subreporte es que no estamos cortando la cadena de transmisión del virus. Debido a ello, el virus sigue desplazándose a lo largo de Chile y afectando a las personas, en mayor medida a los adultos mayores, causándoles la muerte. No obstante, el virus también afecta la productividad del país. Lo que debemos hacer es romper la cadena de transmisión, lo cual implica fortalecer los departamentos de epidemiología y de estadísticas, empoderar a la atención primaria para que haga la búsqueda, mejorar el Epivigila y poner más datos a disposición de la comunidad científica, para que esta pueda hacer sus aportes en las mesas contextuales regionales. Mientras no adoptemos todas esas medidas y mejoremos los reportes, todos los demás esfuerzos se diluirán. En consecuencia, esa es la tarea más importante.

Debo decirles que somos pocos los epidemiólogos, nos conocemos y somos amigos. Conozco al doctor Araos y a la jefa anterior del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, señora Johanna Acevedo, y tengo la mejor

impresión y conocimiento de ellos y de su trabajo. Hay que tener en cuenta que no solo necesitamos epidemiólogos, sino también infectólogos y estadísticos. Creo que, en este caso, lo más importante es cómo se saca la información desde los equipos técnicos y se usa para la toma de decisiones, junto, por supuesto, con todas las demás variables. Estamos esperando un gran cambio de estrategia, y en ese contexto agradecemos todos los esfuerzos del doctor Paris. Yo soy académica de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y el doctor Paris ha sido académico por mucho tiempo en esa misma universidad. Lo conozco desde hace muchísimos años y agradezco la apertura con que nos ha escuchado. Hemos sido invitados a reuniones desde que él llegó. Cuando hablo de cambiar de estrategia, me refiero principalmente a simplificar los datos que vamos a entregar a las personas. Abramos los datos que nos faltan, ya que el Epivigila reporta muchas variables. También les puedo mandar el cuestionario del Epivigila, para que vean la cantidad de datos que hay allí.

Debemos considerar que las personas necesitan tranquilidad para tomar decisiones, y para ello también necesitan estar bien informadas. Entonces, mientras la definición que tengamos sea más concreta, mientras los indicadores sean mucho más explícitos, mientras las personas tengan verdaderamente condiciones para quedarse en sus casas o para trabajar de manera apropiada, vamos a poder cortar la cadena de transmisión. No obstante, seguimos viendo el aeropuerto lleno, los buses llenos y el Metro lleno en determinadas horas *peak*. Asimismo, seguimos viendo que las personas se juntan alrededor de ollas comunes y que no respetan la distancia social, pero dudo que tales personas quieran contagiarse, enfermarse y correr el riesgo de morir, porque todas son parte de una familia, de un colectivo y de una comunidad.

Hemos constatado grandes dificultades para que los trabajadores puedan permanecer en sus casas, porque saben que pueden perder sus trabajos. Entonces, cuando hablamos de cambiar de estrategia, no nos referimos solo al aspecto epidemiológico, sino también al ámbito social, ya que la OMS también pide adoptar medidas sociales, para que dicho cambio de estrategia sea efectivo y cortemos la cadena de transmisión. Les puedo hablar mucho de la cadena de transmisión, porque el virus está en muchas partes y persiste. Está en las fecas y queda pegado en la superficie, es decir, queda mucho por hacer. Creo que hasta ahora no les ha dado a muchas personas, sobre todo entre el gran número de trabajadores informales, quienes deben salir a conseguir el sustento diario para sus familias.

La Organización Mundial de la Salud dice que trabajemos en torno a los desastres naturales bajo un sentido de gobernanza local. Pues bien, ahora estamos ante un desastre de salud pública y no basta con los ministerios de Salud, de Desarrollo Social o de Hacienda. No basta con eso, sino que es necesario involucrar a las comunidades, y nosotros, como sociedades científicas, nos hemos puesto a disposición no solo para hacer vocerías, sino también hacer abogacía por las comunidades. Hemos ofrecido nuestra ayuda para mejorar la vigilancia; hemos hecho trabajo voluntario, generando protocolos; hemos intentado

establecer contacto con organizaciones no gubernamentales para construir una gobernanza, como si esto fuera un desastre, porque esto es un desastre. Y así como todos nos movilizamos cuando hay un terremoto o un aluvión, ahora estamos ante una emergencia de salud pública, donde las metodologías son las mismas, solo que no sabemos cuándo va a terminar. Quien debería estar manejando esto, quien debería estar decidiendo las cuarentenas y quien debería estar poniendo los énfasis son, lo que se llama bajo el reglamento sanitario internacional, los comités de crisis regionales, en donde se sientan los equipos técnicos de las seremías de salud, y todos los demás, con un proceso participativo para las comunidades y sus representantes. Eso no es nada nuevo, y las seremías de salud saben hacer ese trabajo. Los equipos técnicos están preparados, y lo que nosotros pedimos es que participen en la toma de decisión en los contextos regionales y comunales, porque ellos conocen mejor que nadie la realidad de sus territorios; conocen donde están los campamentos y los migrantes, y donde están las personas que necesitan comida fresca todos los días.

Respecto de los laboratorios, por supuesto que están todos validados ante el ISP. Conozco perfectamente cómo hace su trabajo el ISP; conozco perfectamente a los equipos que hacen la biología molecular en todos los hospitales que están validados, y todos los laboratorios que están validados ante el ISP para hacer esa técnica y otras. El proceso, desde que se toma la muestra hasta que se obtiene un resultado, es un proceso que tiene varios puntos críticos. El primero es que la persona que toma el PCR tiene que estar muy bien entrenada; no puede ser cualquiera. El momento en que se toma el PCR, respecto de la evolución de la enfermedad, también es un periodo crítico: dos días antes de la aparición de los síntomas hasta siete días antes. Si se toman muchas muestras, y por alguna razón se congelan o se refrigeran, o se tiene que trasladar de una región a otra, como se documentó en Coquimbo, que las muestras se fueron de un laboratorio a otro, de otro a otro, y al final esas muestras se deterioraron, no son cuestiones que tienen que ver con el PCR, sino con los puntos críticos que tiene todo el proceso. Además, el PCR en sí mismo no es el denominador de la tasa de letalidad. La tasa de letalidad es el indicador epidemiológico que se basa en el número de enfermos que están diagnosticados por PCR, con todas incertezas y errores que puede haber, y con todas las variaciones que les estoy explicando. También hay que considerar que existe mucha gente que no va a hacerse el PCR; hay mucha gente que es sintomática y no tiene la oportunidad de llegar a un centro de salud para hacerse el PCR, porque eso depende de muchos otros factores que están vinculados al acceso de salud; pero, para mayor complejidad, cualquiera de nosotros puede tener el virus portado en sus glándulas salivales y ser asintomático, liberar gotas, contaminar superficies y poder infectar a otros.

Por eso que la literatura nos dice que no miremos solo la letalidad, porque sabemos que depende de la definición de casos y de si se usa PCR o no en la definición de casos; es decir, depende de todos esos puntos críticos que tiene el proceso.

Quiero dejar muy claro que bajo ninguna circunstancia dudo de la calidad de los laboratorios. De hecho, trabajo en un proyecto de investigación en el que usamos las mismas máquinas de PCR para otras cuestiones, y sí consideremos con cautela el parámetro llamado letalidad, porque sabemos que estamos ante una enfermedad nueva y frente a un escenario dinámico.

Respecto del número de laboratorios, efectivamente son 83. Dije lo que el ministro Couve dijo, que eran 31 laboratorios universitarios, pero acuérdense que partimos solo con el laboratorio del ISP y que rápidamente se incorporaron los laboratorios de los hospitales públicos. De hecho, hasta la última vez que revisé los datos, los hospitales públicos eran los que más muestras habían analizado. El ISP se mantiene con un valor constante de muestras analizadas, lo que es normal, porque son laboratorio de referencia, y esperamos que las universidades aumenten su número de PCR realizados. El tema es que ellos no pueden ir a buscar cualquier muestra, toda vez que son parte de un flujo en el que un actor importante es la seremi de Salud para que envíe las muestras.

Creemos que el dato de contagiosidad está subestimado, porque lo que está pasando en muchos lugares, de acuerdo con lo que nos han informado las regiones, es que las personas no quieren ir a los centros de salud a pedir un PCR y no todas las personas tienen la oportunidad de acceder a telemedicina. Todos los que pertenecen a Isapres pueden realizar consultas por telemedicina y testearse mucho más rápido. Por lo tanto, podría haber allí menos errores en la estimación de la oportunidad de realizarse el PCR y podrían ser menos contagiosos. Por otro lado, lo que está pasando con el 70 por ciento de personas que pertenece a Fonasa es que mucha gente no hace la consulta médica para no ir a los centros de salud y pasa la enfermedad en sus casas o va a trabajar con cierta sintomatología, si es leve.

Tenemos mucho por aprender; por eso es tan importante mejorar la accesibilidad a la técnica; ampliar la definición de caso, sumando la concurrencia de, al menos, dos síntomas, y, sobre todo, acercar la salud a las personas. De allí el llamado a la atención primaria para que se involucre mucho más en esto. La prueba para medir el RNA es una técnica bastante incómoda. En tal virtud, hace un par de días, el comité asesor recomendó utilizar la saliva, como una opción mucho más sencilla disponible para la atención primaria. Claro está que primero hay que entrenar a la gente, ya se está trabajando en algunas cuestiones y esperamos que se pueda hacer más sencillo. La idea es llegar más rápido a la gente para poder medir. Sin embargo, hay muchas medidas que pueden tomarse de manera preventiva, sin tener en especificidad la detección del RNA.

Para cerrar esto, los que estudiamos epidemiológica y salud pública sabemos la historia de John Snow, un médico ingles que detectó una enfermedad y estableció medidas de control solo con medidas de salud pública, como cortar el uso del agua en distintos sectores de Londres, sin saber si quiera cuál era el patógeno, y salvó muchas vidas. Entonces, para eso están las funciones

esenciales de la salud pública, que nos indican: use la cuarentena; use las técnicas de diagnóstico molecular; use esto otro, etcétera.

Finalmente, el mensaje es complementar todas las opciones de salud pública, de acciones de salud pública, con acciones sociales. Para esto, el Ministerio de Salud está completamente preparado. De eso se trata nuestro llamado: que las medidas se tomen más rápido y se consideren los contextos territoriales apropiados.

3.10.- Ministro de Salud, doctor Enrique Paris Mancilla (primera comparecencia):

Fundamentalmente, como el tema es el relativo a los datos, o cifras, nosotros tenemos dos sistemas de medición. Uno de ellos es el sistema diario de informe de cifras, que lo reportamos todos los días al mediodía, en una conferencia de prensa, donde se dan a conocer los casos diagnosticados del día anterior, se suman los casos que se tienen desde antes y se va informando los casos fallecidos. Imagino que las dudas están en relación con los casos fallecidos y a los casos nuevos. Los casos nuevos reportados, por ejemplo, el día de hoy corresponden a 2.498. Esto muestra que hemos ido bajando, pues debemos recordar que llegamos hasta casi 6.000 casos diarios. Aquí, obviamente no hay ningún ocultamiento de cifras. Los casos totales hasta el momento en el país alcanzan a 284.541 casos. Los casos activos han ido bajando, y los casos recuperados corresponden a 249.247, es decir, los casos que han cumplido la cuarentena de más de 14 días, y que por lo tanto se consideran no contagiosos.

Los casos fallecidos, hasta el momento, corresponden a 5.920. El resto referido a ventiladores y otras cosas no sé si será de interés de la comisión en este minuto, pero sí los exámenes de laboratorio, las PCR que se han hecho alcanza a 1.131.008 exámenes de PCR, referidos a la reacción de polimerasa en cadena, que son los que determinan la presencia viral. Obviamente, esto es importante porque este es el país de Latinoamérica que hace más PCR por millón de habitantes, es decir, hemos hecho 56.460 exámenes de PCR por millón de habitantes.

Para hacer el informe diario de fallecidos tomamos en cuenta el certificado de defunción del Registro Civil. Es decir, cuando el paciente fallece, un familiar va al Registro Civil, con el certificado de defunción, que ustedes saben que es hecho a mano por parte del médico. En el Registro Civil se otorga el certificado de defunción, con el cual los deudos pueden sepultar a su fallecido. Ese certificado de defunción, al llevar las palabras covid, coronavirus, covid-19, se cruza con el resultado que los laboratorios integrados en red, que son más de cien, dan como PCR positivo. Por lo tanto, el paciente que haya fallecido, y que en el certificado de defunción diga una palabra relacionada con el coronavirus, y tiene la PCR positiva, es el que nosotros enunciamos todos los días. Obviamente, eso va con un retraso de uno o dos días, que es lo que demora en inscribirse en el Registro Civil, y hacer todo el trámite que a veces se alarga los fines de semana,

sin embargo, el Registro Civil nos ha estado cooperando bastante, al poner otros turnos. Los funcionarios están haciendo un sacrificio y están trabajando los fines de semana.

El Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS, existe desde hace veinte años dentro del Ministerio de Salud. ¿Qué hace el DEIS? Lo mismo con los certificados de defunción, pero hace una búsqueda mucho más prolija, detallada y experta, porque hay gente que sabe de salud y comienza a leer los diagnósticos y a interpretarlos. Entonces, el DEIS toma en cuenta, o puede tomar en cuenta si quiere confirmar el diagnóstico, la ficha clínica, el Registro Civil, el certificado médico; a veces, certificados de carabineros, el Epivigila, que es la parte del Ministerio de Salud que lleva la vigilancia epidemiológica; los resultados de laboratorio, incluso, puede consultar al Servicio Médico Legal. Y ese grupo, aunque no tenga coronavirus, porque no lo tiene -no tiene resultados de PCR o no se encuentra el resultado-, también aparece como fallecido, pero como fallecido probable por coronavirus. ¿Por qué? Porque el diagnóstico de alguna manera orienta. Por ejemplo, dice, neumonía viral grave, además estuvo intubado, en la UCI. La diferencia entre ese grupo y los que se obtienen por certificados de Registro Civil más coronavirus, en este momento es de más o menos cuatrocientos o quinientos. Es variable, pero eso se va adaptando. No hay ningún ocultamiento de cifras ni ningún cambio brusco. Eso es lo que se hace habitualmente.

Además -es lo que ha publicado Espacio Público-, hay un grupo de pacientes que van ingresando o van saliendo, porque en algún momento aparece el resultado y sí tenía coronavirus –el resultado estaba perdido, el médico se olvidó de hacer la referencia-, y esas son las cifras que van variando. Tenemos clasificados esos dos grupos. Hay grupos de examen del certificado de defunción sin examen de laboratorio positivo, el UO7.1, y el segundo grupo, UO7.2, que va variando, que se va investigando.

Estamos proponiendo a la Presidencia llevar un solo tipo de registro, y ese tipo de registro debería ser el registro que lleva el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS, del Ministerio de Salud, porque hay una especie de confusión. No es que se sumen el DEIS con el reporte diario, no es así, porque tendríamos más de 11.000 fallecidos. No es eso. La diferencia entre ambos es que uno encuentra el examen de laboratorio positivo y el otro no. Vamos a proponer a la Presidencia, en conjunto con el DEIS, la idea de migrar a un solo sistema para tener más claridad y para explicar a la población la forma de calcular, o más bien de registrar. No es calcular, sino registrar. Incluso, eso deberíamos hacerlo dos o tres veces por semana. No es necesario hacerlo todos los días. Ahora, el registro de estadísticas vitales del país es un registro muy robusto, reconocido internacionalmente, producto del trabajo de muchos gobiernos, no solo de este gobierno, es parte del Estado de Chile, y toma en cuenta el Registro Civil, el DEIS y el INE. El INE cuenta los muertos, el Registro Civil registra las muertes y el DEIS busca la causa básica de la muerte. Ese es el sistema intelectualmente activo, el registro de estadísticas vitales. El Registro Civil

registra, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos cuenta y el DEIS, mediante un trabajo que demoraba mucho antes -ahora se está haciendo mucho más rápido-, asigna la causa básica de muerte, usando este sistema del Registro Civil, más el examen de coronavirus positivo, o asigna en base al cuadro clínico que ha descrito el médico, y como aquí hay gente entendida en salud lo puede interpretar.

La Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, desgraciadamente, es la que tiene menos test por millón de habitantes. Estamos tratando de aumentar al máximo el número de test, porque es la única manera de llevar a cabo la estrategia. Esta consiste en testear, trazar, aislar, y tratar al paciente.

Con respecto a la continuidad, el exministro de Salud, Jaime Mañalich, lo hizo muy bien en el tema del testeo. De hecho, Chile es el país que tiene la mayor cantidad de testeos por millón de habitantes, además de una cantidad gigantesca de test de PCR. También lo hizo muy bien en el otro extremo, es decir, respecto de los ventiladores, en la habilitación de las unidades de cuidados intensivos (UCI), y en la contratación de personal, puesto que se han contratado 11.000 nuevos funcionarios para el sistema sanitario. Por eso, teniendo la mayor cantidad de exámenes por millón de habitantes de toda Latinoamérica, tenemos también una de las menores letalidades. No es la menor, porque Uruguay tiene una letalidad muy baja, pero ahora tiene un brote. En cualquier caso, tenemos una de las menores letalidades de Latinoamérica y del mundo incluso, mucho menor que Italia, Francia y España. En concreto, nuestra letalidad llega al 1.92 por ciento. Esto se debe a que se hizo un esfuerzo muy grande por potenciar el tema de las UCI. Algunos hospitales aumentaron hasta un 400 por ciento sus camas de cuidados intensivos.

Con respecto a la cantidad de trazadores, los tenemos a lo largo de todo Chile. Por ejemplo, en Santiago hay 800. En cuanto a su función, los trazadores son quienes identifican y llaman por teléfono a las personas que tienen PCR positivo. Asimismo, se dirigen a los lugares a ven cómo se están comportando los pacientes, para determinan si están cumpliendo o no las condiciones de aislamiento. En la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, tenemos en total 16 trazadores, sin contar los que debe tener también la atención primaria de salud (APS). Afortunada o desafortunadamente –eso es para otra discusión-, la atención primaria está en manos municipales. El Ministerio de Salud tiene solamente la entidad rectora. Eso, a lo mejor, hay que corregirlo. Es una discusión más larga.

En cuanto a los criterios para liberar cuarentena, el responsable de tomar esa decisión es el Comité de Crisis. En el Comité de Crisis están el Presidente, su jefa de gabinete, la ministra Karla Rubilar, los dos subsecretarios, los que llevan la mesa de datos, los epidemiólogos y también el ministro de Salud. Se analiza punto por punto cada comuna. Es un análisis completísimo de la cantidad de habitantes que hay en la comuna, la cantidad de hospitales, la cantidad de centros de salud, la cantidad de residencias sanitarias, el porcentaje

de pacientes nuevos que están apareciendo día a día o semana a semana, el porcentaje de recuperados, o sea, la curva de evolución del virus. Con base en esto se fijan criterios para tomar o salir de la cuarentena, que son número de casos activos, aumento de la incidencia de los casos activos, variables sociosaniatarias, basadas fundamentalmente en los determinantes de salud, que ustedes conocen, y la capacidad de la red asistencial. Junto a eso, se buscan zonas de mayor concentración de casos activos. Por ejemplo, en la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins ocurrió que en la comuna de Machalí había mucha concentración, mientras que en otras comunas no había tanta concentración. Al final, tomamos las comunas de Rancagua y Machalí, y después agregamos Graneros. Entonces, se toman en cuenta aquellas consideraciones, casos activos, incidencia, variables sociosanitarias o red asistencial y la concentración de los casos activos. También la capacidad de respuesta sanitaria de la región o de la comuna. Cuando eso cambia o uno ve que la curva comienza a disminuir, porque también hay preocupación por la cesantía y por la falta de trabajo, tomamos en cuenta la caída de pacientes nuevos, la caída del porcentaje de los PCR, la caída de los índices de ocupación de las unidades de cuidados intensivos o de intermedios, y empieza a observarse esa comuna. No hemos sacado a nadie de cuarentena en estos días. Queremos hablar de desconfinamiento, o sea, sacar a la comuna o a la región a un sistema de desconfinamiento que tiene que ser progresivo.

No queremos hablar de vuelta a la normalidad ni queremos hablar de retorno seguro. Cuando se habló de retorno seguro o de vuelta a la normalidad se observó un aumento de los casos. Esto está estadísticamente demostrado e, incluso, fue reconocido después por la ministra Karla Rubilar como un hecho comunicacional que probablemente tuvo una relación con el aumento de la circulación de la gente.

Con respecto a los test, Chile tiene cien laboratorios funcionando en este momento y una capacidad para hacer 20.000 test diarios. Sobre esto se puede formular una crítica: ha disminuido la cantidad de test. Hoy hicimos 10.831 test y lo ideal sería hacer sobre 14.000 test. Por eso, hemos elaborado un protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica, trazabilidad y aislamiento, que acaba de ser aprobado y enviado a la atención primaria y a los centros de salud, para fortalecer lo que es la trazabilidad y el aislamiento.

Cuando una persona es enviada a una residencia sanitaria e involucra a su familia completa, no hay por qué separar a los niños de los adultos. Se busca una pieza donde haya tres camas para que pueda estar la familia completa. Eso solo requiere el diagnóstico del médico y la indicación de aislamiento. No requiere evaluación sociosanitaria ni una asistente social. Lo que indica la necesidad de residencia sanitaria es solo un diagnóstico de que el paciente está enfermo o la familia entera está enferma, y que no tiene las condiciones en su hogar para aislarse. No se le puede exigir nada más que eso. Además, en cada residencia sanitaria tienen que haber asistencia diaria de un kinesiólogo o enfermera y de un TENS y, una vez a la semana, recibir la visita de un médico.

La semana pasada cambiamos la dependencia de las residencias sanitarias. Ahora serán administradas solo por la Subsecretaría de Salud Pública, porque hasta hace poco -como típicamente sucede en el Estado- había una doble dependencia de ambas subsecretarías, lo que dificultaba mucho su organización. Cada residencia deberá tener un administrador y cada representante de salud en regiones deberá supervigilar el funcionamiento de la residencia.

Nosotros nos fijamos en los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). No entregamos información que no se rija bajo los criterios de la OMS. Los que son médicos saben que en salud usamos criterios de comunicación o acrónimos para clasificar internacionalmente las enfermedades, que en este caso es el CIE-10, que, a su vez, tiene dos códigos: UO7.1 y UO7.2. Con estos códigos se nombran los casos confirmados y probables.

Nunca se ha enviado información diferente a la OMS ni a la OPS. Yo me reuní con el representante de la OPS en Chile, doctor Fernando Leanes, con el objeto de aclarar ese punto; de hecho, firmamos un protocolo de convenio para enviar siempre la misma información, que en este momento es el reporte diario que se entrega. Como ya les dije, probablemente vamos a hacer un cambio al reporte que prepara el Consejo Interamericano Económico y Social (CIES).

Falta entregar más información preventiva en los medios de comunicación. No obstante, les informo que para el 1 de junio y 1 de agosto tenemos financiada una campaña que será emitida por televisión, radio, medios digitales y redes sociales. La finalidad de esta campaña es insistir en fomentar el lavado de manos, el aislamiento, el uso de mascarillas y respetar la cuarentena y el toque de queda. Esto ya está en marcha.

Respecto de los ventiladores mecánicos, ha pasado que han ido disminuyendo las consultas y la cantidad de gente que estaba en pediatría, en pabellón o en urgencia, aunque no ha sido así en todas las regiones.

Se está produciendo un fenómeno bien curioso: las tres primeras regiones del país tienen una cantidad de pacientes, de ocupación de camas y de exámenes PCR positivos mucho más altos que en el resto del país. Obviamente, estamos muy preocupados por esto. Los porcentajes de ocupación de camas en las regiones del norte están por sobre el 90 por ciento. Específicamente, Antofagasta tiene el 99 por ciento ocupado. Este reporte lo veo en la noche y, una vez que lo recibo, llamo de inmediato al Subsecretario de Redes Asistenciales; de hecho, entre anoche y hoy se trasladaron pacientes a otras localidades, porque sabemos que se podría producir un problema en Antofagasta. Siguiendo con los porcentajes, Arica tiene el 85 por ciento ocupado, Tarapacá 86 por ciento y Antofagasta 99 por ciento. En Atacama el porcentaje de ocupación de camas es más bajo: 62 por ciento, pero en Coquimbo vuelve a subir a 93 por ciento y en la Región Metropolitana está bajando a 96 por ciento. Estamos trasladando

pacientes desde el norte, sobre todo desde Calama y Antofagasta, a la Región Metropolitana y a la Región del Biobío, donde han hecho una gran labor.

Ahora, estoy preocupado por la baja ocupación de las residencias sanitarias. Curiosamente, hay gente que no se quiere ir a las residencias sanitarias o no quiere compartir pieza con otra persona, pero no podemos pasar una pieza con dos camas a una sola persona. Es cierto que se han generado problemas de convivencia; se ha denunciado que las comidas llegaban frías o que no se hacía bien el aseo, pero hemos tratado de solucionar todo. Es un mar de problemas, es un mar de cosas las que se deben hacer en una residencia sanitaria. Hay que abrir más residencias sanitarias; de hecho, acabamos de abrir dos en Coronel, porque me impactó ver que la gente estuviera haciendo cuarentena en los camarotes de los buques. Hoy estamos abriendo una residencia en Ñuble; el sábado vamos a abrir una en Dalcahue, y vamos a seguir abriendo residencias sanitarias en los lugares en que la gente las necesite más.

El señor Sanz explicó que al comienzo las cifras partían del gabinete, no del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Entonces, el gabinete, por tratar de entregar cifras de inmediato, empezó a entregar cifras diarias, pero el DEIS siempre siguió funcionando. Las personas que son del área de la salud saben que el DEIS tiene veinte años de tradición y que es un ejemplo para Latinoamérica, pero en ese momento no era capaz de sacar las cifras de inmediato. Esa fue la razón por la que, primero, el gabinete y, después, el Registro Civil e Identificación entregaran datos diarios. El DEIS ya se puso al día. No sé si han visto el informe epidemiológico que elaboró, de más de sesenta páginas, que consigna todos los datos, comuna por comuna; de hecho, pueden ver la cantidad de casos nuevos semana por semana (semana epidemiológica). Este informe está en la página web del Ministerio de Salud. Por tanto, nunca hubo un centro paralelo. Es más, el gabinete no podría ser considerado un centro paralelo porque es parte del Ministerio de Salud. Por su parte, el DEIS lleva años trabajando en lo mismo. Recuerden que les expliqué que el DEIS trabaja cruzando fichas clínicas; información que proporciona el Registro Civil; certificados médicos; información que proporcionan Carabineros, Epivigila, los laboratorios y el Servicio Médico Legal. O sea, la labor del DEIS es asignar la causa básica de muerte y, para ello, debe reunir mucha información para clasificarla. El 13 de junio se produjo ese cambio.

Respecto de la “obligatoriedad”, yo no puedo obligar a nadie a irse a una residencia sanitaria. Según la ley de derechos y deberes de los pacientes, aunque se le obligue, el paciente puede pedir el alta forzada o forzosa. El paciente solo debe firmar un papel para declarar que se va bajo su responsabilidad; de hecho, hasta se puede ir de un hospital. Es evidente que si un paciente está intubado e inconsciente no se podrá mover, pero si un paciente que está consciente se siente mal, maltratado o tiene algún problema por el cual debe salir, puede pedir el alta forzosa bajo su responsabilidad. Diferente sería si, en momentos de epidemia o de pandemia, el Código Sanitario autorizara al ministro de Salud, pero al menos en Chile no tenemos esa potestad.

Respecto del número de fallecidos, nunca se ha ocultado ni se han variado las cifras. Lo que pasa es que el cálculo de fallecidos se rige por el conteo diario de muertes con examen PCR confirmado más el conteo diario de muertes que contabiliza el Registro Civil y, además, por el DEIS. Pero cuando este Departamento toma el certificado de defunción y empieza a tratar de entender la letra de un médico, y hace el diagnóstico, debe correlacionarlo con algo, por ejemplo, neumonía grave. Pero, aunque la persona que analiza el certificado de defunción no tenga el diagnóstico mediante PCR positivo, lo pondrá como "probable" o como "posible", y cuando aparece el resultado del PCR pasa a la categoría de "confirmado". Por eso es que las cifras con el DEIS van cambiando y aparecen diferencias cuando se hace el cruce con las cifras que da el Servicio de Registro Civil e Identificación, que ya tiene el diagnóstico por PCR confirmado. Entiendo que es una cosa difícil de entender para las personas que no trabajan en el área de la Salud, por eso que en ocasiones se producen diferencias en las cifras, que pueden ser hacia arriba o hacia abajo. Si, por ejemplo, un caso está clasificado dentro del grupo de confirmados y después llega el resultado negativo del examen o se informa que se trató de un error, ese caso sale inmediatamente del grupo confirmado, pero no hay más de 400 o 500 casos de diferencia. Me refiero a los confirmados, no a los probables, pues con los probables sí se producen diferencias. Ahora, cuando se califica a los casos como probables es porque no se tiene confirmación del diagnóstico, por lo que naturalmente esa cifra puede variar. Queremos tener un solo sistema y hacer reportes bisemanales, por cuanto no es necesario hacer reportes diarios.

La detección viral con demostración viral, a nivel internacional, se hace en todos los países. Si bien todos mandan la información, pero no podemos saber si esta es correcta o no. Esa es la norma. No sé si han visto la página de Worldometer que agrupa a todos los países. Worldometer es una página –*www.worldometers.info*- que lleva las cifras día a día de prácticamente todos los países del mundo y nos ubica en el lugar 11 en cuanto al número de muertes por millón de habitantes, para la tranquilidad de ustedes. Por lo tanto, no es verdad lo que desgraciadamente dijo un centro de estudios sobre que nosotros estamos en el lugar tercero o cuarto.

En el gráfico elaborado por Worldometer se puede observar, a partir de las cifras diarias de todo el mundo en donde, por ejemplo, se ve que Bélgica es el país que tiene más muertes por millón de habitantes.

En cuanto a la trazabilidad, resulta fundamental implementarla. Hace dos días destinamos 13 mil millones de pesos para trazabilidad en la atención primaria. Finalmente, se han destinado a la atención primaria 90 mil millones de pesos; en la primera etapa, 42 o 43 mil millones, y en la segunda, 50 mil millones. De la segunda designación son 13 mil millones.

Debo decir que no solo me reuní con los representantes de Codelco, sino también con los de AMSA –*Antofagasta Minerals S.A.*- y BHP Billiton. O sea,

también me reuní con las empresas privadas para hacer una revisión de las medidas que están tomando y cuántos exámenes están realizando, pues ellos están haciendo muchos exámenes. El 50 por ciento de los trabajadores de AMSA están sin faenas y solo tiene solo el 1 por ciento de pacientes contagiados, de los cuales 35 estaban activos, el viernes pasado, y 40 en recuperación. BHP ha hecho 1.100 exámenes y tienen un poco más de pacientes contagiados, cuya cifra corresponde al 4,2 por ciento de sus trabajadores, pero aun así dicha cifra es mucho más baja que la media nacional. El yacimiento El Teniente -recuerden que la región de O´Higgins nos ha producido algunos problemas- tiene una tasa de positividad mucho más alta, cercana al 10 por ciento. Como se produjeron muchos problemas, tuvimos que imponer la cuarentena.

Creo que el exministro Mañalich hizo cosas muy buenas: el testeo y todo lo que se compró y habilitó para las UCI, gracias a lo cual tenemos una letalidad tan baja, algo que reconocemos todos con tranquilidad, pero debemos reconocer que fallamos un poco en la trazabilidad y en el aislamiento, que justamente son los temas que estamos tratando de regularizar. En cuanto a los especialistas, pedí al superintendente de Salud que enviara una circular a todos los centros de Salud para que se facilitara el contrato de médicos especialistas, sean chilenos o extranjeros. ¿Por qué? Porque en períodos de pandemia o epidemia el Código Sanitario autoriza a contratar médicos en buques e islas. Eso faltaba agilizarlo, faltaba que el superintendente emitiera la circular.

Respecto de los becados, ahí tenemos muchos más problemas; porque los becados que han sido llamados a trabajar a regiones por los directores de servicios, tienen su punto de vista, así como las universidades tienen su punto de vista, lo que significa que si el becado va a región y deja de cumplir su programa de formación, después va a tener que volver a la universidad, cuando la pandemia pase, en enero, febrero, marzo o abril, tendremos que buscar el mecanismo para pagarle, porque cuando el becado egresa tiene el Período Asistencial Obligatorio (PAO), que comienza a ser financiado por la región, no por el Ministerio de Salud, a nivel de la universidad. El Ministerio Salud está conversando con Asofamech y con las agrupaciones de becados para tratar de buscar una solución. ¿Cuál es la solución que hemos encontrado? Que el servicio de salud correspondiente, ya que los tomó para trabajar antes de que terminaran, les mantenga el sueldo cuando tengan que volver a la universidad para terminar su período de formación; porque hay algunas universidades muy exigentes que les dicen ¡no! usted se fue a región y, por lo tanto, dejó de pasar por gastroenterología o dejó de hacer tal o cual procedimiento, o dejó de operar tal o cual cosa, entonces va a tener que volver a hacerlo, sino no le voy a dar el certificado de especialista.

El DEIS siempre ha funcionado bien y eso lo aprecio mucho. Para enviar los informes a la OMS, todos los gobiernos y ministerios, a nivel de todo el mundo, deben tener un centro de enlace, no se envía cualquier información, y esa información que, como dije antes, está fijado o normado por la misma OMS, por lo que no se puede enviar información engañosa ni mandar datos que no corresponden. En estos momentos la mayoría de los países, están haciendo lo

que hacemos nosotros, es decir, certificado de defunción más el examen de PCR positivo.

Las mesas sociales covid-19, creo que hay que replicarlas, es una muy buena idea hacer la mesa social donde esté el intendente, un representante de algún gremio de salud, el Colegio Médico, pero también quieren ir las enfermeras, las matronas; es decir, invitarlas de vez en cuando, es muy importante que participe la APS, un alcalde, o el encargado de salud municipal y alguna autoridad de salud.

Respecto de los ventiladores, sobran ventiladores, pero no es que sobren en un solo lugar, están repartidos por todo Chile y el subsecretario ha hecho un enorme esfuerzo para ir trasladando ventiladores de un lado a otro, así como se trasladan pacientes para tratar de que no haya déficit.

El DEIS es abierto, o sea, cualquier persona puede entrar y sacar la información que quiera del departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud y en la página *web* del Ministerio de Salud está el informe epidemiológico que tiene más de sesenta páginas, tiene mapas georreferenciados, tiene los datos comuna por comuna, semana por semana epidemiológica, para que ustedes puedan ver si en su comuna se disparan los casos. Yo me comprometí con otro grupo de diputados a enviar el informe diario que nosotros sacamos a nivel nacional el día que hacemos la conferencia de prensa. Pero cualquier persona que quiera pedir datos estamos en DEIS y estamos dispuestos a entregar los datos. No queremos ocultar ningún antecedente.

Respecto de las cifras de fallecidos, la verdad es que nunca se ocultó nada, nunca se hizo nada en forma intencional, eso me lo recalca el director del DEIS que está aquí conmigo, el ingeniero Sanz.

Hay que recordar que el DEIS hace estudios retrospectivos, o sea, va sacando información y forma parte de la red de registros y estadísticas vitales, donde están el Registro Civil, el DEIS y el INE, y saca su información de muchas fuentes. En cambio, los centros de estudios hacían estudios prospectivos para decir “que, basados en lo que estamos viendo ahora, vamos a tener tantas muertes o tal necesidad de camas”, en fin. Si en algún momento ellos aseguran que no se les quiso entregar información, no creo que haya sido así.

El ministerio siempre ha querido entregar información. Si ellos aseguran lo contrario, tendrán que tomar en consideración lo que opine el señor Carlos Sans, director del DEIS, o la jefa de la División de Planificación Sanitaria (Diplas), que como ustedes entienden, estaban antes de que yo llegara al ministerio. Sin embargo, les aseguro, porque tuve con ellos largas conversaciones, que en ningún momento se ha negado información, no se ha ocultado información, y nunca se ha tratado de engañar a la gente ni menos a la opinión pública.

3.11.- Jefe del Departamento de Estadísticas e Información en salud, señor Carlos Sans Farfán:

VER PRESENTACIÓN

El Departamento de Estadísticas e Información de Salud, conocido también como el DEIS, dentro de sus funciones tiene la generación de estadísticas vitales, que es un proceso que está desde el origen del departamento; de hecho, desde mucho antes. Es un proceso continuo, obligatorio y centralizado en el departamento o en el Ministerio de Salud. Este proceso está normado en un acuerdo tripartito en el cual participan tres instituciones: el INE, el Ministerio de Salud y el Registro Civil. Dicho proceso es validado con las tres instituciones antes de su publicación oficial. Estamos hablando de las estadísticas de hechos vitales.

Actualmente, en el período 2018-2019, los procesos están cerrados, en términos de sus datos, pero todavía están en un proceso de validación para su publicación oficial.

La forma en que los cuatro actores participan de la generación de la estadística de defunciones es la siguiente. Inicialmente, comienza con el médico cuando extiende el certificado de defunción, quien de puño y letra escribe las causas más todos los datos asociados en el certificado como, por ejemplo, identificación de la persona, lugar donde ocurrió el hecho, saber si hay algún establecimiento donde ocurrió el deceso, y es quien le entrega el certificado de defunción a los deudos para que realicen la inscripción en el Servicio de Registro Civil e Identificación. Ese servicio transcribe el documento en sus sistemas y es el que nos envían periódicamente para que nosotros lo trabajemos. Dentro de ese proceso estandarizamos los términos clínicos, realizamos una codificación en base a estándares internacionales, lo que se conoce como la CIE-10, y es ahí cuando se determinan las causas básicas de defunción o las causas múltiples del fallecimiento.

El proceso se va realizando durante todo el año, se van validando con otras fuentes de información, que comentaré más adelante a qué me refiero con eso, y una vez finalizado el año estadístico se hace una validación en conjunto con el Instituto Nacional de Estadísticas con el cual se terminan publicando las defunciones del país.

Se registra el Certificado Médico de Defunción, se transcribe, se registra una base de datos, se validan los documentos, a nosotros nos llegan, revisamos si la persona había sido informada anteriormente o si existe alguna corrección en el Certificado Médico de Defunción, que también puede ocurrir. Lo que he comentado acá, es que en alguna instancia cuando hemos codificado lo que viene inscrito en el Certificado Médico de Defunción, nosotros validamos con fuentes externas. Por ejemplo, el médico cuando registra una defunción por traumatismo, seguramente desconocerá las causas que generaron ese

traumatismo, a lo más podrá colocar accidente de tránsito. Nosotros ocupamos como fuente externa, dado un convenio que tenemos con Carabineros, información en la cual ellos nos podrían informar las causas generadas y así determinar, para efectos de la codificación de la defunción, si ese deceso fue producto, por ejemplo, si la persona era piloto, copiloto, peatón, ciclista, y eso efectivamente va mejorando la especificidad de la causa de defunción. Eso mismo lo aplicamos, por ejemplo, con las Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO), como está ocurriendo con el covid-19, en que nos apoyamos con la información para saber si, efectivamente, existe algún examen o procedimiento que avale lo que está indicando el médico.

Después de eso, hay una consolidación de las bases de datos, se empiezan a validar con el INE, se incorporan algunas variables sociodemográficas y se termina generando la publicación de las bases de datos.

En términos normales, esos procesos duran cerca de dos años, lo que no quiere decir que entremedio podemos generar información para uso interno del ministerio y hacer vigilancia de algunas defunciones. Como departamento, en julio del año pasado, generamos un levantamiento de procesos que nos ha permitido estar hoy en una condición de informar en forma mucho más temprana las defunciones. Como comentaba, el Registro Civil semanalmente nos enviaba las defunciones y que también pasaban después por un proceso en el cual, incluso, validamos la copia de los certificados, a fin de cotejar si el oficial de Registro Civil había realizado u omitido algunas palabras al respecto. Recuerden que eso es llenado de puño y letra de parte de los médicos y los oficiales de Registro Civil no siempre tienen toda la *expertise* clínica para determinar qué significa cada término ingresado. Nosotros, con este levantamiento de procesos, esperamos automatizar un poco las defunciones para que no dependieran exclusivamente de una persona o en caso que no estuviera, no se retrasaran los procesos. Estandarizamos la asignación o la interpretación de los términos clínicos para la asignación de códigos. De repente hay muchas palabras que, básicamente, se refieren a la misma enfermedad y eso facilita la codificación de las defunciones, y empezamos a utilizar en forma temprana la fuente externa para codificar lo más temprano posible.

En el Departamento, también antes ocurría que, finalizado el año estadístico, recién en ese momento se hacía una validación con distintas fuentes de información. Hoy lo que estamos haciendo es tratar de codificarla con información que vaya complementándola como, por ejemplo, egreso hospitalario, información de Carabineros u otra información necesaria, dependiendo el tipo de causa. Cada tipo de causa tiene un tratamiento distinto en la codificación de defunciones. Aquí, estoy diciendo que lo que hacemos es para todas las defunciones y no solo producto del covid-19. Todas esas mejoras que estoy mencionando, nos permitió que a fines de 2019 tuviéramos la capacidad para tener codificada todas las defunciones informadas de forma semanal, es decir, no había retraso en lo que nos enviaban. Todo lo que nos llegaba el día lunes, nosotros estábamos en condiciones de disponer y habilitar las defunciones

producidas hasta el día miércoles, incluso, teníamos un par de días para seguir revisando algunas cosas. Eso no quiere decir que las defunciones, una vez codificadas, hayan terminado su proceso y estén disponibles para su validación. Como comentaba, tenemos un proceso que es mucho más largo en el cual va validando con otras fuentes de información y ello dependerá de la oportunidad en la cual llega.

¿Cómo nos preparamos para la pandemia? Este proceso de codificación no se ha modificado, seguimos bajo los mismos estándares y procedimientos a la asignación de las causas básicas, pero en marzo se fueron incorporando todas las recomendaciones de la OMS. Se asignaron dos códigos nuevos para la asignación de fallecimiento por covid-19, que eran los confirmados y las causas probables. Se consultaron y se validaron las fuentes externas que debíamos utilizar para la codificación, que en este caso me refiero a la información contenida en el sistema interno del Epivigila, o la información que provenga desde los laboratorios con la confirmación de los PCR. Asimismo, hoy estamos explorando otra información como la de la unidad de gestión de camas críticas, y se fueron incorporando estas recomendaciones. Además, internamente, nosotros empezamos a realizar recomendaciones al cuerpo clínico para que tuvieran las consideraciones al momento de cursar este Certificado Médico de Defunción. Todas esas recomendaciones están incorporadas en nuestra página y fueron informadas por medio de oficios, donde están los cursos y las recomendaciones de la OMS para el llenado de los Certificados Médicos de Defunción.

En conjunto con eso, nosotros empezamos a hacer un seguimiento continuo diario de todas las defunciones recibidas. ¿Cómo íbamos codificándolas? Realizamos una serie de tableros de control o *dashboard* que nos permitía ir monitoreando nuestro trabajo. Eso nos permitió coordinar de mejor forma con el Registro Civil, en que actualmente la información que envía no es semanal sino en forma diaria. Recibimos diariamente las defunciones que va recibiendo el Registro Civil, tenemos revisiones semanales y también de forma mensual.

El Registro Civil lo que nos informa son todas las inscripciones que recibieron el día anterior, lo que no significa que esas inscripciones sean defunciones que ocurrieron el día anterior. Me explico, una defunción del día viernes es probable que se inscriba el día lunes de la semana siguiente y a nosotros nos llegue el día martes. Esos son desfases que existen en el proceso, dadas las características existentes, incluso las defunciones que pasan por el Servicio Médico Legal tienen mucho mayor desfase y las defunciones que ocurren en el extranjero tienen aún mayor desfase. Por eso los cierres de las bases de datos con información de estadística tienen un plazo mucho más holgado. En el gráfico de la presentación, lo que se refleja son todas las defunciones que llegan. Inicialmente, todas las que están arriba en gris se refieren a defunciones producto de enfermedades respiratorias. Por otra parte, las líneas azules o naranjas son defunciones que van cayendo en otro tipo, es decir, se van recodificando en otras causas de defunción.

Todo esto, de acuerdo con lo que registra el médico en el certificado de defunción, en primera instancia queda codificado como enfermedad respiratoria. Luego de hacer una revisión con los resultados de exámenes de laboratorio, en este caso los PCR, que se utilizan para pesquisar las enfermedades covid-19, y con la información registrada en Epivigila, podemos hacer recodificación o mejorar la especificidad de la causa básica de defunción. En la presentación se observa un ejemplo de un caso que inicialmente quedó codificado como una enfermedad respiratoria, coincidió con que tenía un PCR positivo, coincidió con que en Epivigila la persona estaba notificada como enfermedad producto de la covid-19, por lo tanto, recodificamos la causa de defunción producto de covid-19 confirmado. O sea, la causa del fallecimiento pasó de enfermedad respiratoria a covid-19 confirmado. De igual forma, en los casos de enfermedades respiratorias, que en la presentación se observa en naranjo o amarillo, dependiendo del color de la pantalla, encontramos que tenían PCR positivo o estaba notificado en Epivigila, y lo dejamos como caso sospechoso. Lo mismo realizamos para otras enfermedades, como que la causa externa o las enfermedades o las causas maternas no sufran alteración, independiente de que tenga PCR positivo o estén o no notificados en Epivigila. Las causas externas siempre mantienen su condición de causa básica de defunción.

Ahora me voy a detener en la proporción de acuerdo con los certificados médicos, en el sentido de cómo el médico cursa el certificado de defunción. La gran mayoría llega como sospechoso o queda codificado en primera instancia como sospechoso, y en menores instancias como confirmados. Gran parte del gran tramo azul que se observa en la presentación significa que al momento de cruzarlo con laboratorio se logra confirmar que la persona tenía PCR positivo, logramos confirmar que efectivamente fue notificado de forma oportuna en Epivigila, por lo tanto, lo que se había cursado en el certificado médico de defunción como sospechoso, nosotros lo recodificamos, mejoramos su especificidad y lo dejamos como covid-19 confirmado. De igual manera, se validan distintas formas y quedan en casos sospechosos.

En la presentación se observa que el grupo del tramo “otras”, que se refiere a otras causas básicas de defunción, que pueden estar asociadas a cáncer u otras enfermedades, no representa todo el volumen, sino todas las otras enfermedades que son codificadas como sospechosas o como covid-19 confirmado. Eso, en la medida de que validemos si tiene PCR positivo o negativo descartado. Va a depender de la etapa clínica que ha sido reportado en el sistema Epivigila y nosotros vamos recodificando. Para nosotros estos son los hallazgos productos de los procesos de búsqueda intencionada de defunciones producto de covid-19.

Hoy estamos publicando información para la ciudadanía. Tenemos disponible para consulta pública todas las defunciones desde 2016 a 2020, por medios de ocurrencia, región de ocurrencia, donde se especifican las causas básicas de defunción, la apertura por covid-19, sospechoso o confirmado. Está la apertura por grupo y categoría, y distribución por sexo y rango etario.

La relación que tengo con el Departamento de Epidemiología es directa, estamos los dos bajo la misma división, y parte de los datos que necesito para mejorar o para ir procesando la codificación de las defunciones es una información que está disponible en los sistemas de epidemiología que están en ese departamento, igual que la recolección de datos de laboratorio. Por lo tanto, ha habido una relación continua y constante.

Me hice responsable del Departamento de Estadísticas hace dos años y mi rol principal fue mejorar y optimizar los procesos del departamento. Cuando llegué, como comenté en la presentación, aún no se lograban publicar los datos de las defunciones correspondientes al 2018 y 2019, y, aunque estamos en un proceso bastante avanzado de validación, todavía no está disponible para su publicación. Hoy estamos en una condición muy distinta con los datos de 2020, pues ya hemos anticipado distintos procesos para liberar esa información en forma oportuna. Pero, como comenté, es generación de datos estadísticos y estos no son, normalmente, utilizados para efectos de vigilancia. Por eso, también, existe este proceso de Epivigila o estos procesos de conteo diario, porque tienen un rol distinto al estadístico. Nosotros, para sacar datos confiables, tenemos que validar con muchas otras fuentes de información y, si bien comenté, hoy tengo la capacidad de codificar prácticamente casi en línea o diariamente todo lo que me informa el Servicio de Registro Civil e Identificación, no significa que el proceso haya terminado en esa instancia. Debo validar, para efectos de mejorar la especificidad de las causas de defunción, con otras fuentes de información y muchas de estas no están disponibles en las mismas oportunidades. Algunas llegan con semanas de desfase y otras con algunos días o varios meses, dependiendo de las condiciones de cada tema.

Como comenté cuando mostré ese gráfico en el cual se veían líneas de distintos lados -es un gráfico que se denomina Sankey-, ese es un proceso que nos permite visualizar cómo un certificado médico de defunción, qué pasa en primera instancia, cómo se codifica y cómo podría ir cambiando su nivel de especificidad, a medida que se van cruzando con distintas fuentes de información, da reflejo de que es un proceso ciento por ciento auditable. Tenemos todos los registros, están contabilizados; tenemos los respaldos de las distintas bases de datos o la publicación de los distintos informes. Por lo tanto, es un proceso ciento por ciento auditable, con una trazabilidad que nos da la garantía de que lo que a nosotros se nos informa cómo es procesada y, finalmente, cómo nosotros la publicamos y la contabilizamos. Continuamente estamos realizando adaptaciones o adoptando las recomendaciones de la OMS, las que nos han permitido, en algún momento también, realizar ajustes respecto de lo que nosotros vamos realizando.

Hay que considerar que esta pandemia, para efectos de nosotros en términos de mortalidad, en la cuantificación de la mortalidad, comenzó con los primeros casos en marzo y, ahí en el antes, hemos ido adoptando y realizando las consultas, dependiendo de la casuística que se nos ha ido presentando. Por tanto, no es tan directa la asignación de los códigos, a medida que nos van llegando

distintos casos y los vamos analizando. En este sentido, si bien podemos entregar información más oportuna, no significa que seamos muy sensibles a la disponibilidad de cierta información. Como comenté, inicialmente, solo considerando la información que viene de certificados médicos de defunción, la gran mayoría quedaría en una codificación del 1.07.2, que significa virus sospechoso o probable. Por consiguiente, en esas condiciones, tendríamos muy bajo registro de pacientes confirmados, si no tuviésemos los PCR positivos.

La capacidad de los recursos humanos o la tecnología a la que podamos apuntar, no tiene mucho sentido, en la medida que los datos no nos lleguen. Por ejemplo, una inscripción que se realiza un fin de semana o un viernes -para hacerlo más drástico- en el Registro Civil, es muy probable que esa defunción llegue al departamento recién el lunes por los desfases que hay entre que la persona recibe el certificado o realiza la inscripción en el Registro Civil, ellos lo ingresen y nos informen. Por lo tanto, hay días que van a tener una cierta cantidad de latencia y vamos a tener los mismos impactos que hoy tiene la tributación diaria, pues hay días en que se informan muy pocos casos y en otros una mayor cantidad. Lo que hemos propuesto es tener un reporte a lo más dos veces por semana, idealmente una vez por semana, que es lo que estamos haciendo hoy, porque nos permite tener una mayor cobertura en los datos y mayor certeza de lo que estamos informando. Hacerlo en forma diaria no es por problemas técnicos o falta de recursos, sino, simplemente, porque la información no nos llega en forma oportuna porque el proceso es así, la naturaleza de los registros es de esa forma. Somos muy sensibles a la información que nos llegue de parte de los laboratorios, somos muy sensibles respecto de la información que se registre en la unidad de gestión de camas críticas, somos muy sensibles respecto de la información que se va registrando al sistema de epidemiología, que nos permite a nosotros mejorar la especificidad de las causas de defunción.

En marzo adoptamos la incorporación de estos dos nuevos códigos en la CIE-10, el 1.07.1 y 1.07.2, que hablan de la confirmación y la sospecha, más todas las recomendaciones que van de la mano para su correcta codificación. Esto no solo es informado vía correo, sino también hay una serie de documentación. Incluso, periódicamente se realizan videoconferencias con distintos equipos del Cono Sur, en las cuales se van aunando criterios y exponiendo distintas situaciones que le van permitiendo a la OMS ir recopilando información para ir mejorando las condiciones.

Al trabajar en la misma división, existe una relación muy cercana con el Departamento de Epidemiología, en la cual vamos informando y compartiendo información. Nosotros, como departamento, tenemos el rol de recopilar datos e informarlos. No tomamos acciones al respecto ni proponemos, porque eso ya pasa a ser una decisión mucho más técnica y química. Nuestro rol es técnico respecto de la recolección de información estadística para la toma de decisiones.

Lo que nosotros calculamos e informamos en nuestro informe es la mortalidad, que es la cantidad de casos, dividida por la totalidad de la población. Y

eso se hace -de acuerdo con nuestros tres informes publicados- en base a los casos confirmados, a los casos sospechosos y a ambos casos en conjunto.

Por último, en el Ministerio de Salud existe una oficina, que es el Centro Nacional de Enlace, que informa a los organismos internacionales. Nosotros, como departamento cumplimos con los protocolos definidos desde siempre, en virtud de los cuales vamos entregando periódicamente, dependiendo de la naturaleza de cada dato, la información a las entidades que correspondan, y no controlamos, ni gestionamos ni chequeamos la información que se entrega a los organismos internacionales.

Nosotros no calculamos la letalidad, sino que calculamos la mortalidad, en que tomamos las defunciones -en este caso, por Covid-19, y la dividimos por el total de las defunciones del período que estamos analizando. En el informe entregamos la tasa observada y la tasa ajustada, y esa, en Chile, es de 22.7, respecto de los casos confirmados; de 10.0, que son los casos sospechosos, y 32.7, respecto de ambos grupos, si así se llegara a considerar.

El proceso de estadísticas vitales que llevamos es reconocido internacionalmente. En el Conosur somos de los países mejor evaluados por la OMS, debido a una serie de características. Como país también tenemos el RUT que identifica a la persona desde que nace hasta que fallece. Por lo tanto, podemos tener una capacidad para hacer una trazabilidad de las personas. En muchos otros países no existe esa capacidad, por lo que tampoco tienen la facilidad que tenemos como país de ir cotejando las condiciones de salud con otras fuentes de información. De hecho, la OMS en algunos países recomienda que prácticamente toda enfermedad respiratoria sea considerada como Covid-19, que es muy distinto a la condición que tenemos como país. Hay países que testean muy poco y por lo tanto desconocen el volumen de personas que pueden estar contagiadas, y existen otros países que no registran todas sus defunciones. Ahora, si usted me pregunta, como Departamento de Estadísticas e Información de Salud no es algo que estemos monitoreando. Nosotros realizamos nuestro proceso de acuerdo con nuestros estándares internos, pero sí sabemos que es complejo medirse con otros países, dadas las condiciones particulares de cada país.

Actualmente no tenemos la limitación respecto de la capacidad técnica o de recursos humanos para realizar un informe diario. Las limitaciones están en la latencia con la que llegan los datos. Entonces, para tener un informe más certero y confiable de la información que entregamos, hoy estamos entregando información una vez por semana, y si forzamos un poco el proceso podría entregarse como máximo dos veces por semana. Tener una frecuencia menor significa que vamos a estar muy afectos a fuentes de información, tales como la confirmación de los resultados de exámenes de laboratorio, la información de camas críticas y la que provenga del Epivigila. Por lo tanto, vamos a tener diferencias y vamos a estar ajustando, y más o menos lo que uno ve en el informe diario, pues hay días en que se informan pocos casos, y otros en que se informan

muchos más casos; eso no es producto de que los procesos sean malos, sino que se debe a que básicamente la información, de repente, llega a destiempo. Desde el Servicio de Registro Civil e Identificación nos llega los martes un volumen mayor de inscripciones producto de la regularización que se realiza los lunes en este servicio. Entonces, no es que los martes tengamos una mayor cantidad de defunciones. La cantidad de defunciones es relativamente pareja todos los días del año.

Respecto de si hay ocultamiento de los datos, yo puedo comentar la experiencia que tengo en mi Departamento, nosotros tenemos publicada bastante información en nuestra página web. Es posible consultar la información disponible de los últimos cinco años respecto de todas las causas de muerte, descargar la base de datos y efectuar análisis de la información que hay.

No hemos cambiado la metodología de codificación de defunciones de acuerdo con lo informado por la OMS. Dicha organización informó que existen dos códigos para la asignación de la causa básica de defunción, una de las cuales es la U07.1, relativa a casos confirmados, y la otra U07.2, respecto de los casos sospechosos o probables. Entonces, dependiendo de cómo esté extendido el certificado médico de defunción, nosotros determinamos las causas básicas y nos apoyamos con cierta información que denominamos “fuente externa”, para mejorar la especificidad respecto de si es un caso confirmado o un caso sospechoso. Lo hemos mantenido desde la generación de estos dos códigos, es decir, desde marzo en adelante, y no hemos cambiado los criterios respecto de la codificación. Nos regimos bajo estándares internacionales respecto de cómo se codifica, porque al final es la única forma de medirse y compararse.

Aclara también que, a propósito del tema estadístico, no recibió ninguna visita directa o llamada telefónica del asesor presidencial, señor Benjamín Salas Kantor.

3.12.- Subsecretaria de Evaluación Social, señora Alejandra Candia Díaz (segunda comparecencia):

VER PRESENTACIÓN

El viernes 19 de junio aprobamos la nueva ley N° 21.230, que concede un ingreso familiar de emergencia, y el martes 23 de junio fue publicada en el Diario Oficial. Creo que este es un hecho importante que vale la pena detallar, con el propósito de dar cuenta del sentido de urgencia que hemos puesto en la entrega de este beneficio y, quizá, en ocupar esta oportunidad para volver a entregar algunas cifras que vale la pena mirar. Nosotros, habiendo publicado la ley, el martes 23 de junio, tomamos la opción, porque teníamos una ley vigente, que era la ley antigua; sin embargo, tomamos la opción, entendiendo el sentido de urgencia y de necesidad de las familias de recibir los nuevos montos. Entonces, se había mandado una nómina a pago automática, en virtud de la ley antigua, pero

decidimos pagar los nuevos montos a partir de ese mismo jueves. Para ello, empezamos con el segundo aporte, por decirlo de alguna manera, o primer nuevo aporte, dependiendo de cómo se le quiera especificar. Partimos entregando una parte de los beneficios a un grupo bastante particular.

El día jueves, solo dos días después de publicada la ley, era muy fácil para nosotros identificar quienes, de acuerdo con la primera ley, no tenían ningún ingreso formal y, por ende, iban a recibir todo el beneficio, en virtud de la segunda ley. Eso fue lo que entregamos inmediatamente. Es decir, dos días después de publicada la ley, entregamos 404.000 pagos a hogares, correspondientes al monto total por hogar, o sea, al monto total sin ningún descuento por ingresos formales. El viernes recién pasado, luego del reciente anuncio presidencial de hace tres días, completamos una parte del segundo pago. Sin embargo, aún queda por contabilizar a quienes solicitaron el ingreso familiar de emergencia (IFE). Cabe recordar que el proceso de solicitud está vigente hasta el 9 de julio, gracias a los nuevos plazos de la nueva ley.

En consecuencia, completamos los 404.000 nuevos pagos con 1.500.000 de pagos adicionales, que corresponden al pago automático. ¿A quiénes afecta ese pago automático? A todos los que habían recibido el primer pago y que tenían algo de ingreso formal y que, por ende, requerían de algún recálculo; a todos los que habiendo postulado al primer pago y que habían quedado fuera de este primer pago, pero que, con los nuevos umbrales, quedaban dentro, por lo que se les entrega automáticamente, y a todos los hogares que tengan un pensionado mayor de 70 años, con pensión básica solidaria de vejez, o a un pensionado con pensión básica solidaria de invalidez, de acuerdo con la nueva ley. Los solicitantes antiguos pasan a pago automático, siempre que califiquen, por lo que, entre ambos pagos, aún sin contar a ningún solicitante nuevo, al día de hoy, hemos entregado 1.911.000 pagos a hogares.

Sobre el marco presupuestario, cabe complementar que si bien es un informe financiero, es importante destacar que este es referencial. Nosotros vamos a entregar el IFE a todas aquellas familias que lo necesiten y cumplan con los requisitos que establece la ley, sin importar el marco presupuestario referente. Obviamente, es parte de la flexibilidad que ha empujado y señalado no solo el Presidente de la República, sino también el ministro de Hacienda. Es una medida que busca apoyar a las familias en la lógica de una ley que busca entregar un apoyo sustantivo a los hogares sin ingresos formales y un apoyo complementario a aquellos que cuentan con algún ingreso formal y que, incluso, pudiesen estar recibiendo otros apoyos, y que hoy, durante la emergencia, representan al 80 por ciento de mayor vulnerabilidad. Es muy importante destacar eso.

Respecto a los 1.911.000 pagos, solo queda mencionar que el 77,3 por ciento corresponde a hogares regionales. Particularmente en Atacama son cerca de 35.000 hogares. Obviamente, es una región pequeña, pero eso no implica que no haya un número considerable de hogares beneficiarios. Insisto, esta cifra aún no incluye a los postulantes, porque el proceso de solicitud al segundo pago vence

el 9 de julio. Cabe recordar que estas personas no corresponden a quienes solicitaron el pago en la primera oportunidad, sino a quienes ingresaron exclusivamente con posterioridad al primer pago. El proceso será analizado en su propio mérito, una vez que finalice. Entre otros aspectos importantes, cabe mencionar que cerca de la mitad de los 1.911.000 hogares, corresponde a hogares sin ningún ingreso formal. Es decir, alrededor de 972.000 hogares no cuentan con ingresos formales, por lo que este es su único apoyo, unido a un potencial ingreso informal, lo que es importante considerar. Otro tema relevante es que dentro de los 1.911.000, 9 de cada 10 de ellos, pertenecen al mayor tramo de vulnerabilidad socioeconómica durante la emergencia. Asimismo, más del 60 por ciento de ellos está liderado por una mujer. Si bien aún no termina el proceso de solicitud, esas cifras dan cuenta de que estamos llegando a un número considerable de hogares, un número que solo puede crecer, ya que no tiene restricción alguna, mientras se cumpla con los requisitos.

A propósito de la última sesión y de lo que pueda surgir ahora, porque todo está cambiando de forma muy rápida, incluso la capacidad de nosotros de entregar los beneficios, como ministerio nos comprometimos de manera mucho más fuerte, en comparación con lo que hicimos con el IFE 1.0, para capacitar y para llegar a la ciudadanía de la mejor manera posible, con toda la información necesaria para que se conozcan los canales de solicitud, los canales de apelación, los canales para actualizar el registro social de hogares, etcétera.

En consecuencia, hemos llevado adelante un proceso que ha involucrado a la Asociación Chilena de Municipalidades, a las bancadas de los distintos sectores políticos, a sus asesores, a los gobiernos regionales, a los alcaldes y a la Dirección de Desarrollo Comunitario (Dideco). El esfuerzo a nivel ministerial ha implicado nuestra participación en distintas comisiones; 266 capacitaciones realizadas desde el ministerio a diversos actores estratégicos, alcanzando a más de 8.000 partícipes, y 66 instancias de encuentro con diferentes representantes de la sociedad civil, alcanzando a cerca de 3.500 participantes, entendiendo que quizá mucho de lo que ocurrió respecto del primer IFE, fue por falta de información. Por ende, si bien, desde el Estado, es nuestro deber, también es deber de ustedes, los parlamentarios; de la sociedad civil; de los alcaldes; de los gobiernos locales, y de los gobiernos regionales. Todos tienen un rol fundamental, en el que nosotros asumimos la responsabilidad de la información, de tal manera, que ustedes puedan informar a sus respectivos distritos de la mejor manera posible. Entonces, es un esfuerzo considerable respecto de la primera situación. Obviamente, tendrá que seguir en curso y en marcha, entendiendo que hay un segundo y un tercer pago por delante y, eventualmente, un cuarto pago de 80 o hasta 100, dependiendo de la situación sanitaria, que esperamos mejore.

A través del ingreso familiar de emergencia buscamos, dentro de un marco presupuestario referencial, pero con la flexibilidad necesaria y suficiente, entregar apoyo a todas aquellas familias que cumplan con los requisitos que ha estipulado la ley. Sin perjuicio de que con el IFE se busca abordar mayoritariamente a los hogares con mayor informalidad, también se pretende

entregar un complemento cuando exista algún nivel de ingreso formal, hasta los umbrales establecidos por la ley.

Sabemos que lo que estamos enfrentando, desde el punto de vista de diseñar e implementar apoyo, es una situación totalmente distinta a todo lo que hemos visto. Si bien hoy el foco central es el apoyo para abordar la crisis sanitaria y contener, de alguna manera, la inseguridad económica que provocan los confinamientos y la baja actividad económica, entraremos, probablemente, a una situación, cuando la crisis sanitaria amaine a una situación socioeconómica de profundidad y de duración también desconocida; pero vamos a tener que prepararnos, y parte del marco de entendimiento al que llamó el Presidente Piñera, y que conversamos con muchos parlamentarios de las distintas bancadas, contempla una etapa de reactivación y de acompañamiento para abordar el desafío socioeconómico que es de más largo aliento que el complejo escenario sanitario con consecuencias socioeconómicas que estamos abordando.

Insisto en que esto no es un beneficio aislado, porque tal como fue dispuesto en su origen, este es un beneficio que busca, por un lado, abordar a un porcentaje considerable de la población que vive, mayoritariamente de ingresos informales. Aquí, ustedes que tienen mucha experiencia en la materia, ingresos informales implica la falta de cotización que, por cierto, no tiene solamente un efecto desde el punto de vista previsional, sino que también involucra e implica la falta de apoyo y seguridad social en otros ámbitos que hoy son muy necesarios, como el seguro de cesantía, el pre y posnatal o una licencia médica. Es decir, vivir en informalidad implica no solamente la complejidad de una potencial futura baja pensión, que obviamente es un tema muy sensible, sino que también la incapacidad de abordar el presente cuando se tienen desafíos como los que estamos enfrentando hoy. Por eso que el ingreso familiar de emergencia buscó, justamente, aproximarse a esa familia en que se hizo tan evidente la necesidad de apoyo para abordar el desafío sanitario en el que estamos y que, probablemente, en una segunda etapa vamos a tener que acompañar para ver cómo buscamos oportunidades laborales, oportunidades de formalización que permitan abordar el desafío que involucra el no poder contar con los apoyos cuando se requieren. Eso como marco general. ¿Por qué me refiero a eso? Porque el ingreso familiar de emergencia (IFE) no puede ser juzgado en su individualidad. Hay otras familias que requieren otro tipo de apoyo, y efectivamente el IFE es un beneficio que busca abordar mayoritariamente a los que viven en la informalidad. También aborda la formalidad hasta cierto umbral de ingreso y, por cierto, cuando ese umbral de ingreso se supera no es sinónimo de que no se requieran ciertos apoyos.

La vulnerabilidad misma está abordada más en esta lógica de un acompañamiento fijo y permanente, como el ingreso familiar de emergencia (IFE), que no decrece en el tiempo. Aquellas familias que están por sobre el umbral pueden abordar este desafío en una lógica diferenterespecto de una señalización más precisa de cuál es el perfilamiento de la clase media que está detrás de este diseño. Justamente, como uno puede revisar la literatura especializada en esta materia tanto del Banco Mundial como de algunos centros de estudio, etcétera,

uno se da cuenta de que en Chile gran parte de la población aborda el segmento de la clase media, cerca de dos tercios de la población, pero dentro de ella hay gran volatilidad, donde hay un grupo que está más cerca de una caída de ingresos abrupta, que puede ser abordada a través del ingreso familiar de emergencia (IFE), y un cierto grupo y segmento de la población que podría eventualmente acceder a otro tipo de instrumentos y que busca también proteger aquellos temores más importantes, como el acceso a la educación superior de sus hijos, la posibilidad de no perder su vivienda y los desafíos que están siendo abordados dentro del diseño que ayer anunció el Presidente y que van a ser tramitados y discutidos en su individualidad con ustedes, y contemplando aquellos aspectos que parecen de mayor disidencia en esta discusión parlamentaria que va a tener su propio trámite. Eso respecto de los apoyos y de cómo van complementándose los distintos segmentos.

Respecto de los temas de desinformación y los esfuerzos que se están haciendo, hemos abordado el desafío de la desinformación, del cual estamos absolutamente conscientes. Solo en estas dos semanas, desde que fue aprobado el proyecto de ley, publicado en el Diario Oficial el martes 23 -mañana se cumplen dos semanas desde que fue publicada la ley-, desde ese momento a la fecha hemos hecho no solo participación en las distintas comisiones del Congreso, sino que además 266 capacitaciones a diversos actores estratégicos, que involucran a más de 8.242 participantes, y 66 instancias y encuentros con diferentes representantes de la sociedad civil, que alcanzan un total de 3.500 participantes, y no cesaremos en este esfuerzo que es más bien de difusión. Pero quizás pueden quedar cortos en otro esfuerzo que estamos haciendo, que es tratar de buscar, a través de la Asociación Chilena de Municipalidades y la Dirección de Desarrollo Comunitario (Dideco), con los cuales nos relacionamos como ministerio muy de cerca, la posibilidad de llegar directamente a aquellas familias que pudiendo solicitar el beneficio aún no lo han hecho.

Es un desafío al que nos comprometimos en este acuerdo, en la conversación con el Congreso en la tramitación del Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) 2.0, y en el cual estamos avanzando, porque nuestra misión, en este marco presupuestario bastante flexible, la idea es que no haya familias que requieran este apoyo y que cumpla con los requisitos, que se quede afuera. Respecto de las preocupaciones de la desactualización del registro social de hogares, hemos dispuesto de canales que permitan a las personas, sin barreras elevadas, sin necesidad de unan visita domiciliaria, sin necesidad incluso de la acción presencial en caso de que pueda, y si es presencial tener el canal, actualizar su situación y que eso se refleje en el nuevo registro social de hogares del mes siguiente.

La fecha de vencimiento del proceso de apelación del primer pago fue aplazada al 3 de julio, luego de eso requiere de una revisión y de un recalculo, del que podríamos tener novedades lo antes posible, durante julio, para ir abordando este desafío que tiene que ver con ingresos que podrían nos ser aquellos que están siendo considerados en la ficha misma.

Hay un desafío de información, respecto de que la información de la cartola tradicional del registro social de hogares, tal como expliqué en la primera sesión, tiene una mirada de ingreso de los últimos doce meses, y el indicador socioeconómico de emergencia busca mirar la situación del último mes o la más reciente del hogar. Existe la sensación de que hay ingresos cambiados, pero eso en ningún caso. Se utiliza la última información disponible. No nos olvidemos de que estamos en una pandemia, donde los ingresos están cambiando muy rápidamente, y la parte buena de la historia es que hemos dispuesto los canales para que las personas puedan actualizar su situación de ingreso o bien realizar el proceso que señale que los ingresos que le están contemplado para rechazo o la eventual entrega de un monto inferior no son los que tiene, y de esa forma recibir el beneficio que le corresponda en caso de que su situación de ingreso haya cambiado abruptamente, algo muy importante a contemplar.

Respecto de la pregunta sobre las pensiones de invalidez y el primer pago, la ley dispone que aquellos hogares donde no haya habido un ingreso familiar de emergencia, que entera el 80 por ciento de mayor vulnerabilidad socioeconómica y que tengan una pensión de invalidez, recibe a partir del segundo pago. Eso no es retroactivo, así fue dispuesto en la ley, lo mismo que para el caso de la pensión básica solidaria de vejez de 70 años y más. Reciben un pago por pensionado, equivalente al del hogar unipersonal, 100.000 pesos por pensionado.

El cálculo de la línea de la pobreza del país cuenta con una medición oficial, que se realiza a través de la Encuesta Casen. El registro social de hogares ha sido requisito para algunos de los beneficios, como el ingreso familiar de emergencia; para otros, no, como las cajas de mercadería, donde acá, tal como se ha señalado en reiteradas oportunidades por las autoridades, no solamente del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, sino que también del Ministerio del Interior, etcétera. Esto es algo que fue trabajado y diseñado a nivel de gobiernos locales con los alcaldes, basado en la lógica de territorios vulnerables, en los que el estar inscrito en el registro social de hogares no era un requisito para recibir una caja de mercadería. Esto fue pensado en que fuera abordado por los alcaldes, a través del Ministerio del Interior, y por las autoridades locales, toda vez que son las mejores conocedoras de esas realidades, para disponer en los barrios, sobre todo en aquellos que tuvieran carencias considerables, estos apoyos, que son complementarios a toda la otra batería que está señalando el gobierno.

Respecto de los ingresos que podrían ser cambiados de manera unilateral, nosotros tenemos una normativa vigente que establece que el Estado no puede, unilateralmente, cambiar los registros, salvo si se reciben registros administrativos asociados al hogar. Esto corresponde a una política de Estado, que viene desde una mejora de la ficha de protección social, que se dispuso en el gobierno anterior, y que nosotros hemos tomado como una mejora positiva, dándole continuidad en la lógica de que la información del hogar se va complementando en autorreportes con el registro administrativo, lo que significa

que el hogar va actualizando su situación socioeconómica de acuerdo con los registros administrativos que se van recibiendo.

Sin embargo, siempre es la persona la que tiene la última palabra, y si los ingresos, sobre todo en pandemia, han caído abruptamente o han desaparecido, la persona dispondrá no solo de los canales tradicionales, sino que de canales bastante más expeditos, entendiendo que estamos en una situación excepcional para poder actualizar sus ingresos y su situación socioeconómica en caso que así sea necesario, de tal manera de reconsiderársele su situación socioeconómica en caso que corresponda, tomando esto como una política de Estado que pone a la persona en el centro de la preocupación y como última palabra respecto de su situación, independientemente que esta sea alimentada en los registros administrativos propios que dispone el Estado.

El beneficio del IFE 1.0 fue solicitado por 2,5 millones de hogares. Este instrumento tenía umbrales bastante más restrictivos que el IFE 2.0; por ende, esto permite que gran parte de los hogares que lo solicitaron pero que quedaron fuera, puedan entrar automáticamente en este segundo beneficio. Respecto de solicitudes acumuladas, al menos hasta los primeros días de julio, entre el cierre de solicitud y la solicitud del primer Ingreso Familiar de Emergencia y la solicitud a la fecha, llevamos algo más de 870.000 solicitudes nuevas, proceso que se cierra el 9 de julio. Esto todavía está abierto, razón por la cual es importante darlo a conocer.

Es importante destacar que respecto de los pagos que llevamos en el IFE 2.0, que corresponde a 1.900.000 hogares, gran parte de ello, y me refiero al 93,2 por ciento de esos hogares, es decir, más de 1.780.000 hogares que hasta el momento han recibido pago del IFE 2.0, que no contempla todavía los solicitantes al 9 de julio, el 93,2 por ciento pertenece al 40 por ciento de mayor vulnerabilidad socioeconómica de corto plazo. Entonces, ante la pregunta de si estamos llegando a quienes más lo necesitan, yo tendería a responder que esta cifra es bastante decidora, al menos en esta primera etapa de pagos automáticos al segundo aporte, o al nuevo Ingreso Familiar de Emergencia, toda vez que más de 9 de cada 10 llegan a quienes están en el 40 por ciento de mayor vulnerabilidad durante la emergencia. Son familias en las que o no hay ningún ingreso formal, o los ingresos formales están por debajo de ese umbral de aproximadamente 100.000 pesos por persona. Cabe recordar que más del 50 por ciento de estos pagos, así como el 90 por ciento es al 40 por ciento de mayor vulnerabilidad durante la emergencia, más del 50 por ciento -50,9 por ciento-, es decir, cerca de 1 millón de hogares -972.000 hogares aproximadamente- son hogares que no tienen ningún ingreso formal, o sea, que no están percibiendo ni ley de Protección de Empleo, ni una boleta de honorarios, sino que solo están viviendo, ya sea con el Ingreso Familiar de Emergencia o, en caso que estén saliendo de sus casas –y que ojalá este apoyo sea lo suficiente para poder evitar su salida, es decir, que el fondo propenda al cuidado de las personas-, cerca de la mitad de estos pagos están asistiendo a familias que no tienen ingresos formales, lo que por cierto era el

objetivo inicial, entendiendo que esta es una de las tantas medidas de una red de protección que hemos dispuesto desde el Estado para abordar la emergencia.

3.13- Intendente de la Región de Atacama, señor Patricio Urquieta García (primera comparecencia):

Queremos presentar la situación de la Región de Atacama, a propósito del desarrollo de la pandemia, identificando las acciones para fortalecer nuestra respuesta ante la llegada de la covid-19 y el avance que ha tenido en nuestra región. En términos generales, nuestro país ha construido una estrategia de respuesta a la luz de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud frente a esta pandemia, que ha señalado como objetivo principal controlar la pandemia mediante la ralentización de la transmisión y la reducción de la mortalidad asociada a la covid-19. Además, nos ha indicado, como uno de los ejes de trabajo, movilizar a todos los sectores y comunidades para garantizar que cada sector del gobierno y de la sociedad asuma la responsabilidad y participe en la respuesta y en la prevención de casos, mediante: la higiene de manos, el protocolo de higiene respiratoria y el distanciamiento físico a nivel individual; controlar los casos esporádicos y grupos de casos y prevenir la transmisión comunitaria, mediante la detección rápida y el aislamiento de todos los casos; la prestación de los cuidados adecuados y la trazabilidad, cuarentena y apoyo de todos los contactos; contener la transmisión comunitaria, mediante la prevención del contagio y las medidas de control adecuadas al contexto; medidas de distanciamiento físico a nivel de la población y restricciones adecuadas y proporcionadas en los viajes domésticos e internacionales no esenciales; reducir la mortalidad, prestando atención clínica adecuada a los enfermos de covid-19, asegurando la continuidad de los servicios sanitarios y sociales esenciales y protegiendo a los trabajadores de primera línea y a las poblaciones vulnerables. Finalmente, desarrollar vacunas y terapias seguras y eficaces que puedan ofrecerse a escala y que estén accesibles en función de la necesidad.

Desde el gobierno del Presidente Piñera hemos desarrollado un plan de acción para hacerse cargo de los efectos sanitarios y sociales de la pandemia en nuestro país, construyendo dos redes: En primer lugar, la red de protección sanitaria y, en segundo lugar, una red de protección social. En nuestra región el trabajo se ha centrado en tres áreas: La primera, relacionada con la implementación de las redes de protección tanto sanitaria como de protección social; la segunda, en coordinación con los actores públicos y privados para enfrentar esta pandemia y, finalmente, hemos logrado obtener financiamiento regional para apoyar iniciativas que fortalezcan las redes de protección construidas por el gobierno del Presidente Piñera, en materia de implementación de las redes de protección.

En cuanto a la red de protección sanitaria, el trabajo de nuestro gobierno pretende fortalecer el sistema de salud para que todos quienes necesiten y requieran atención puedan recibirla. En segundo lugar, para pesquisar oportunamente los casos de contagio y, en tercer lugar, una vez detectados,

aislarlos de manera efectiva. En ese sentido, el trabajo que hemos hecho en relación con fortalecer o construir una red de protección sanitaria está vinculado a fortalecer el sistema de camas críticas de la región. Nuestro Gobierno integró las camas del sector privado al sector público para coordinar mejor la administración de las capacidades regionales por intermedio de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas en nuestra región. Antes de la pandemia, la Región de Atacama contaba con 26 camas críticas entre camas UCI y UTI. Hoy, contamos con un total de 52 camas críticas entre camas UCI y camas UTI.

En segundo lugar, aumentamos la capacidad de testear en la región. Antes de la pandemia no teníamos un laboratorio habilitado para procesar las muestras de covid-19. Gracias a la colaboración de los científicos de la Universidad de Atacama, más el apoyo de nuestro gobierno y del sector privado que ha sido muy importante, podemos contar con un nuevo laboratorio para procesar las muestras de los exámenes o PCR que nos ha brindado autonomía regional, lograr más rapidez en la obtención de los resultados e, incluso, apoyar en algún momento a otras regiones que requerían procesar muestras.

En tercer lugar, habilitamos las residencias sanitarias. Hoy contamos con tres residencias sanitarias que están ocupadas en un 80 por ciento de su capacidad. Mañana vamos a abrir una cuarta que nos va a permitir duplicar nuestra capacidad de recibir personas que deben ser aisladas y que no cuentan con las condiciones necesarias para cumplir con ese período de confinamiento en su domicilio.

En cuarto lugar, implementamos las aduanas sanitarias. Disponemos de cuatro aduanas sanitarias en la región, gestionadas por personal de salud, con apoyo de las Fuerzas Armadas y Carabineros, las cuales están ubicadas en sectores estratégicos de la región. De norte a sur, la primera aduana está ubicada a 14 kilómetros al norte de la comuna de Chañaral; la siguiente, en el Aeródromo Desierto de Atacama; a continuación tenemos otra en el terminal de buses de Copiapó y, finalmente, una que se encuentra ubicada en la localidad de Incahuasi, comuna de Vallenar, zona sur de la Región de Atacama. Hasta el día de ayer, solo por vía terrestre, se había controlado a más de 706.000 personas.

En quinto lugar, en cuanto a la red de protección sanitaria, estamos fiscalizando el cumplimiento de disposiciones sanitarias. El trabajo de las Fuerzas Armadas, de las policías y del personal de Salud ha permitido desarrollar diversos operativos de fiscalización para resguardar el cumplimiento de esas medidas de protección de salud de toda la comunidad y, especialmente, en el ámbito del toque de queda y en los traslados a segundas viviendas. Respecto del toque de queda, hasta la fecha, se ha controlado a más de 18.500 personas y detenido a más de 3.500 personas por infracción a esa disposición. Gracias a la colaboración del Ministerio Público todas las personas detenidas, a partir de la infracción del toque de queda, son pasadas al control de detención al día siguiente.

Respecto del traslado de segundas viviendas, hasta la fecha, se ha controlado a más de 104.000 personas; fiscalizado a más de 42.900 vehículos y han sido devueltos en el acto más de 2.000 vehículos a la fecha. Eso en relación con la red de protección sanitaria.

En segundo lugar, hemos trabajo por implementar la red de protección social que ha construido el gobierno para nuestra región, la cual está dirigida a apoyar a las familias más vulnerables y de clase media que han sido las más afectadas durante el tiempo de pandemia. Por ello hemos llevado adelante un conjunto de acciones, cuya finalidad es apoyar a las familias que han sufrido más impactos como consecuencia de la menor actividad económica, centrando nuestros esfuerzos en las familias más vulnerables y las de clase media de nuestra región. En ese sentido, avanzamos con el Ingreso Familiar de Emergencia que ha permitido alcanzar un segmento de personas incluidas dentro del 80 por ciento más vulnerable de la población chilena, y en nuestra región se han beneficiado más de 34.800 hogares.

Respecto del Plan Alimentos para Chile, que inició su trabajo en mayo y en nuestra región en junio, benefició a 30.000 hogares de la Región de Atacama.

En cuanto a la Ley de Protección del Empleo que va a permitir que las personas que, producto de las decisiones de la autoridad sanitaria de un acuerdo con los empleadores y los trabajadores, se pueda mantener el empleo en estos tiempos difíciles y, además, seguir percibiendo ingresos durante la pandemia. Con el Seguro de Cesantía en nuestra región se ha logrado que más de 2.100 personas accedan a ese beneficio; y en el bono de emergencia covid se llegó a un número superior a 31.500 personas.

En el Ingreso Mínimo Garantizado, los trabajadores de menores ingresos van a alcanzar un piso mínimo de 300.000 pesos líquidos, con aportes que pueden alcanzar, incluso, los 59.200 pesos. En nuestra región se han beneficiado más de 3.400 personas.

Sistemas de Agua potable Rural. A través del fondo único de apoyo al Sistema de Agua Potable Rural (APR) se ha beneficiado a 41 comités con una inversión total de 47 millones de pesos y más, y ha logrado beneficiar a más de 18.700 personas.

En cuanto a los albergues, tenemos cinco en la región que están en modalidad 24/7, que atienden a 100 personas en situación de calle y están dirigidos a atender a todas esas personas que lamentablemente no cuentan con las condiciones para proteger su salud.

Respecto del Fondo Solidario Municipal, que era un compromiso que estaba en la primera parte del plan económico del gobierno, se distribuyeron en nuestra región 1.374 millones de pesos entre los municipios de la región. Eso en

cuanto a la implementación de las redes de protección, tanto de la red de protección sanitaria como la red de protección social.

También hemos desarrollado un trabajo de coordinación público-privada. Una misión es implementar la red de protección, pero también tenemos otra, cual es lograr articular todos los esfuerzos dirigidos a enfrentar esta pandemia. Desde los primeros días hemos trabajado en fortalecer la articulación de los esfuerzos públicos y privados dirigidos a contribuir con la implementación de la estrategia del gobierno ante la pandemia y centrar nuestra acción en la coordinación y contactos con distintos servicios públicos, con actores privados y la comunidad. A partir de ello nos hemos reunido periódicamente con las Fuerzas Armadas, con las policías, con los municipios, con los gremios de la Salud y del sector privado, los científicos de la Universidad de Atacama, todos los cuales han hecho un aporte significativo al trabajo que como país estamos realizando ante esta pandemia y a quienes agradecemos su valiosa disposición y colaboración en esta misión que nos debe unir con generosidad a todos.

Respecto de los servicios públicos, desde el inicio volcamos todo nuestro interés por realizar un trabajo que permitiera cumplir con dos objetivos: El primero, cuidar la salud de los funcionarios y de los usuarios, y el segundo, brindar la atención necesaria a la comunidad en estos tiempos difíciles. A partir de ello, implementamos protocolos de acción frente a los contagios; implementamos la modalidad del trabajo flexible y de teletrabajo; se pusieron en marcha distintas medidas sanitarias de carácter preventivo y se privilegió el uso de las plataformas electrónicas de comunicación con los usuarios.

Con los actores públicos y privados, hemos promovido diversas instancias de coordinación, que tienen por objeto alcanzar el adecuado cumplimiento de las instrucciones de la autoridad sanitaria en las actividades productivas de la región y fortalecer el trabajo de los equipos de salud. En ese sentido, nos hemos reunido con los gremios de la salud, con los gremios de las actividades productivas, con los representantes de las compañías mineras y de las empresas agrícolas, con los equipos científicos de la universidad y sus equipos directivos. Hemos desarrollado un plan comunicacional que tiene como objetivo informar a la comunidad respecto de las medidas implementadas por el gobierno en tiempos de pandemia, las instrucciones de la autoridad sanitaria para evitar contagios y, finalmente, la necesidad de contar con la colaboración activa de todas las personas para lograr ese cometido. También, como gobierno regional, hemos logrado financiar diversas iniciativas que fortalecen las redes de protección construidas por el gobierno del Presidente Piñera. Así, gracias al apoyo del consejo regional, financiamos acciones que fortalecen la labor de la red asistencial, de los municipios, la misión estratégica que cumple la Universidad de Atacama, y a distintos servicios públicos, para lograr un impulso económico en tiempos difíciles.

Destinamos aportes al Servicio de Salud de la Región de Atacama por el monto superior a los 340.000.000 de pesos; asimismo, a los municipios

500.000.000 de pesos para la compra de elementos de protección personal, y también respecto de la contratación de los servicios de desinfección o adquisición de productos desinfectantes por 500.000.000 de pesos. Actualmente, está en un proceso de compra. De igual modo, estamos en medio de la realización de la transferencia de recursos para la compra de medicamentos relacionados con enfermedades respiratorias, por el monto superior a los 1.300.000.000 de pesos.

También, hemos hecho una inversión de más de 760.000.000 de pesos en el laboratorio de biología molecular de la Universidad de Atacama, para fortalecer la estrategia de testear, trazar y aislar del Ministerio de Salud.

Hemos hecho un esfuerzo, desde el gobierno regional, para financiar la adquisición de ayuda social en dos oportunidades. La primera, por 978.000.000 de pesos; la segunda nos permite dar una suma total de más de 2.500.000.000 pesos. Finalmente, hemos dedicado 3.000.000.000 de pesos de fondos del gobierno regional para lograr reimpulsar la economía local.

Para finalizar, puedo decirle que el avance de la pandemia en la Región de Atacama tiene una descripción. Gracias al esfuerzo de muchos compatriotas, el gobierno, los municipios, el sector privado y la inmensa mayoría de la ciudadanía, nuestra región es una de las que presenta los menores números de contagio en Chile. En ningún caso esto significa un balance, sino que un dato objetivo de cómo ha ido avanzando la pandemia en nuestra región y la necesidad de seguir haciendo nuestro mejor esfuerzo para enfrentarla, contenerla y, ojalá, cuanto antes superarla.

Se refiere a una declaración de la exministra de Salud del gobierno anterior, que nos indicaba que no hay epidemiólogo, virólogo o infectólogo que sepa exactamente qué va a pasar y que la única manera de parar el avance rápido y peligroso de una epidemia de esta naturaleza en la que no sabemos mucho de lo que pasa con el virus, no se tiene tratamiento, no se tiene vacuna y se sabe poco sobre el desarrollo de la enfermedad es hacer testeos, trazar a los contactos de los positivos y aislarlos, ya sea en su casa o en una residencia sanitaria. Cuando alguien señala que las medidas son insuficientes, puedo afirmar que cada medida se toma en virtud de una justificación sanitaria a partir del análisis que realiza un comité de expertos que asesora al Ministerio de Salud para tomar dichas medidas según la realidad sanitaria de la región. Nuestra región es una de las que tiene un menor número de contagios en Chile, asintomáticos y activos; en consecuencia, todas las medidas que se puedan adoptar tienen que tener un carácter estrictamente sanitario, conforme con la estrategia que ha adoptado.

Respecto de este tema en la comunidad científica no hay una opinión unánime de cómo realizar los temas, pero si puedo decir que en el Gobierno estamos haciendo un esfuerzo muy grande para recibir la asesoría de los expertos, en un comité científico a nivel central que analiza cada medida a adoptar, en relación con la situación sanitaria de la región. Otro tema es la apertura al diálogo. Puedo señalar que nos hemos reunido con los alcaldes, con

los científicos de la Universidad de Atacama y con los gremios de la salud, y en relación con aquellas personas que dicen que no nos hemos reunido con ellas, puedo decir que las hemos invitado pero no han asistido.

Todos los gremios de la salud han mostrado su disposición a participar y se reúnen regularmente con nosotros, salvo en las dos oportunidades en que el Colegio Médico no pudo asistir por diversas razones. Respecto de la asistencia a una mesa que están liderando desde el Colegio Médico, asistí en una ocasión y participé mientras estaba desarrollando otras actividades; en las otras oportunidades asistió un seremi, precisamente, para estar presente en esas reuniones. Sin embargo, en las otras ocasiones, cuando fueron invitados por nosotros, no asistieron. Hemos tenido reuniones con los alcaldes, en más de 15 oportunidades; con los gremios de la salud tenemos reuniones periódicas, cada dos semanas, para analizar la situación regional y fortalecer el trabajo que estamos realizando en materia de coordinación para el trazado de los casos.

En tercer lugar, nos reunimos con los científicos de la Universidad de Atacama para fortalecer la capacidad de testeo, que es una de las principales misiones en la estrategia del Ministerio de Salud.

En cuanto a la apertura al diálogo, nosotros seguimos teniendo relación con todos los actores que están dispuestos a colaborar con la adecuada implementación de la estrategia en la región, y hemos invitado a personas que lamentablemente no han asistido por diversas razones, pero vamos a seguir abiertos para que puedan participar. Esta es una estrategia de carácter nacional en la que, como usted bien dijo, hay decisiones que corresponden a otras autoridades y que nosotros formulamos, desde el punto de vista de la solicitud del análisis de la situación.

Respecto del estado de los campamentos, que nos indicaba la diputada Cicardini, quiero señalar que se ha hecho entrega de kit sanitarios en la mayoría de los campamentos que existen en Atacama, ya que estos lugares cuentan con adultos mayores como población predominante. El Ministerio de Vivienda y Urbanismo, en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, entregó más de 3.000 kit sanitarios. Es una preocupación para nosotros que en esos sectores exista la atención necesaria para evitar contagios masivos.

En cuanto a las acciones que se están desarrollando por las distintas compañías mineras de la zona junto con los trabajadores, de acuerdo con la información que nos han entregado esas mismas compañías, se indica que de 26.000 trabajadores que existen aproximadamente en la minería, 11.000 han dejado de trabajar en condiciones regulares, es decir, sus servicios se sustituyeron por teletrabajo o derechamente se mantienen fuera para poder proteger sus salud. De todos los trabajadores de la actual minería, la mediana minería es la gran protagonista en esta situación, la inmensa mayoría, que alcanza el 78 por ciento, son personas de la región.

En tercer lugar, las cifras de contagio que tenemos analizadas a nivel nacional por la Superintendencia de Seguridad Social, representan un 2 por ciento de los contagios a nivel de sectores productivos. Los espacios de conversación con trabajadores se mantienen abiertos, en su oportunidad se han desarrollado particularmente con el Ministerio del Trabajo y Previsión Social a través del seremi. Y, desde luego, cada instancia de conversación que nos permita fortalecer los trabajos que estamos realizando para proteger la salud de las personas son bienvenidos y agradecidos.

Hay expertos que indican que es necesaria la cuarentena, pero también debo decir que hay muchos expertos e integrantes de la comunidad científica que tienen una opinión diferente, y en esto quiero recoger las palabras de la exministra de Salud, que indicaba que dado el desconocimiento de la enfermedad, hay muchas posturas que hoy son parte del diálogo constructivo que tienen en materia de salud pública para poder enfrentar esto adecuadamente y con medidas coherentes, y así proteger la salud de las personas.

Desde luego, hemos pedido que se analicen las situaciones, permanentemente lo hacemos con el Ministerio de Salud, para poder identificar de qué manera se puede apoyar mejor a la región desde el punto de vista sanitario. Y un tema que siempre está dentro de la conversación es que nuestra región es una de las que cuenta con un menor número de contagios en Chile. No es una apreciación ni una opinión, es un dato objetivo; en consecuencia, es una de las cosas que también se debe tomar en consideración para justificar una decisión de carácter sanitario.

Señala que ha solicitado que se analice permanentemente la situación de la Región de Atacama, de tal manera que sea posible tomar decisiones o medidas de diversa naturaleza, además de las que ya existen. Solicitar una medida en particular requiere una experticia técnica con la que no contamos. Por lo menos, con la que yo, en lo personal, no cuento como para poder hacer eco de una petición de esa naturaleza, porque debe tener un fundamento y una justificación sanitaria.

3.14.- Secretario Regional Ministerial de Salud de Atacama, señor Bastián Hermosilla Noriega:

Nuestra región ha montado un trabajo desde que la Organización Mundial de la Salud generó la alerta de emergencia de salud pública de importancia internacional el 30 de enero y, sobre todo, desde que se dictó el decreto correspondiente por la alerta sanitaria. Desde entonces, generamos diferentes interacciones con otras instituciones, para comenzar una materia educativa en la fase 1, principalmente, en el ámbito portuario y en nuestros pasos fronterizos. El día catorce de marzo, nuestra región tuvo el primer caso confirmado. Como respuesta, dentro de pocos días realizamos la instalación de las aduanas sanitarias. Se dispusieron tanto en Incahuasi como en nuestro límite sur; luego en el aeropuerto, para controlar los vuelos de entrada; también en el

área norte de nuestra región, a catorce kilómetros de Chañaral; posteriormente, en el terminal de buses que tenía mayor afluencia, ubicado en la capital regional, en Copiapó.

La Región de Atacama tiene un total de 1.413 casos confirmados. La tasa de incidencia activa, en otras palabras, el número de casos en relación con la población de la región, es de 449 por cada 100.000 habitantes. Los casos activos actuales en nuestra región, es decir, las personas que están en capacidad de contagiar, son 376. Esto implica una tasa de incidencia de 119 por cada 100.000 habitantes.

En la presentación se puede observar, en color verde, cómo avanza la tasa de incidencia promedio del país durante el transcurso de esta pandemia. En color gris, se distingue cómo avanza la tasa de incidencia en nuestra región. En este sentido, las situaciones son disimiles, ya que hemos mantenido un avance más retrasado y más leve respecto del comportamiento promedio país. En el lado inferior derecho, se grafica, en líneas azules, la cantidad de casos diarios que tenemos. En el último tercio de esta gráfica, vemos la situación de los meses actuales, donde la cantidad de casos han aumentado. Sin embargo, en su tendencia, graficada como una media móvil en la línea punteada roja, observamos que ese crecimiento ha escalado y nos da una capacidad de respuesta para poder activar nuestros equipos de trazabilidad y de atención clínica médica. De acuerdo con la caracterización de las personas, que revela la investigación epidemiológica, la mayor cantidad de los casos corresponde al sexo masculino y a las edades entre los veinticinco y los cincuenta años. Son personas que tienen una vida social y laboral activa.

Dentro de esa caracterización, con base en la pesquisa realizada por medio de los centros de salud habilitados en nuestra red integrada, vemos que la mayor cantidad de sintomatología ha sido temprana. Este es un dato muy positivo, que da cuenta de que los equipos han realizado un trabajo de pesquisa cuando las personas tienen un cuadro clínico no tan avanzado. Otra sintomatología, como la fiebre, queda con menor cantidad. Sin embargo, sigue siendo de interés para nosotros seguir pesquisando y poniendo atención a la sintomatología de la fiebre, dado que da cuenta de una persona que está en una capacidad de contagio mayor. Además, puede requerir una atención clínica igualmente mayor.

También, vemos cómo el trabajo de trazabilidad y el seguimiento de casos van dando cuenta de una cantidad alta de pacientes asintomáticos, que hemos detectado dentro de los estudios de contactos que realizamos. Nuestro objetivo principal, que hemos realizado y estamos fortaleciendo para seguir adelante, es la estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento. Por lo cual, con el trabajo coordinado con el Servicio de Salud de la Región de Atacama, aumentamos la cantidad de cobertura de las PCR, para incrementar nuestra capacidad de respuesta ante la detección de un caso positivo y poder generar rápidamente todos los estudios con nuestro equipo de trazadores. Así, se aísla el caso positivo y se identifica rápidamente, dentro de veinticuatro horas idealmente,

la cantidad de personas que puedan estar asociadas y que tengan algún nivel de riesgo. De este modo, se puede cortar la cadena de transmisión de casos.

Respecto de la trazabilidad, en nuestra región, según los estudios que hemos realizado, existe el 19 por ciento de casos primarios, que han generado otra cantidad de casos secundarios, que son el 81 por ciento. Contamos con un equipo constituido por nuestro grupo de la unidad de epidemiología de la red de atención primaria de salud, red hospitalaria y también de clínicas privadas. En total, 86 personas destinada exclusivamente a revisar la trazabilidad de los estudios de contacto.

Hemos fortalecido nuestro último elemento, que es aislar, generando, desde el servicio de salud, la residencia sanitaria. A contar del 1° de julio, traspasamos su administración a la seremi de Salud, para aumentar la dotación y la capacidad de entregar una instancia donde las personas que no tienen dónde cumplir su aislamiento puedan realizarlo de forma segura y supervigilado por un equipo clínico. Nuestra área de fiscalización genera condiciones para que no existan eventos adversos exógenos a la pandemia que puedan afectar a la red hospitalaria con sobrecarga o que puedan generar escenarios sanitarios ambientales que perjudiquen o entorpezcan la labor de toda la unidad o de los equipos de salud. Por eso, hemos centrado nuestras fiscalizaciones en los ámbitos de mayor riesgo, como servicios hoteleros y grandes empresas de la región relacionadas al ámbito productivo de la minería, servicios asociados y agricultura. Esta fiscalización no solo se realiza desde un punto de vista punitivo, sino también desde el acompañamiento y la educación, con el objeto de entregar información respecto de por qué se deben ejecutar estas medidas preventivas y para tener una relación cercana de respuesta ante situaciones que puedan ser adversas para nuestra región.

Lo que se aprecia luego es una gráfica verde oscuro que representa la velocidad de avance que han tenido los casos confirmados y acumulados en nuestra región, la cual se compara con una línea verde claro, que modela los casos si el aumento de casos confirmados se diera en la misma proporción que se da en la media nacional o a nivel país. Esto nos da cuenta de que los casos se han ido presentando con una lógica y con un retroceso gracias al esfuerzo que han realizado nuestros equipos. Si realizamos ese mismo ejercicio solo con el 50 por ciento del comportamiento país, es decir, que todas las acciones que hemos realizado logren disminuir en 50 por ciento la velocidad de propagación del coronavirus en nuestra región, la gráfica nos demuestra que hay un acercamiento, pero que también nos mantenemos lejos de esta tendencia.

Por último, si nuestras acciones lograran disminuir en 75 por ciento la velocidad de propagación del coronavirus en el comportamiento nacional, la gráfica nos muestra que Atacama se comporta un poco más por sobre esta proyección o modelación, pero entregándonos luces de cuán efectivas van siendo nuestras medidas. En ningún momento estas cifras nos dan un sentido de conformismo ni de tranquilidad respecto de nuestras actividades, pero sí nos van

entregando luces respecto de cómo se va comportando la realidad local en comparación al comportamiento nacional. Además, debemos considerar que dentro de la estadística histórica de nuestra región las enfermedades respiratorias se presentan con aproximadamente dos a cuatro semanas de retraso. Por eso hemos puesto mayor atención y fortalecimiento de nuestro equipo en las fechas de las últimas semanas de junio y las semanas de julo, donde normalmente se presentan con mayor hincapié las enfermedades respiratorias. Dado el comportamiento del coronavirus, como enfermedad respiratoria, hemos reforzado nuestros equipos para enlazar y responder de forma oportuna las situaciones que vamos a vivir en estos meses.

Por último, quiero señalar que también debe haber un trabajo con la comunidad en cuanto a entregar de forma oportuna las materias de educación y comunicar las actividades que realizamos, con el objeto de sensibilizar, incentivar la responsabilidad y generar empatía con las acciones que estamos emprendiendo. Necesitamos mucho apoyo de la comunidad y que se haga partícipe en su día a día y en sus acciones cotidianas de todas las medidas preventivas que ayuden a controlar las situaciones de riesgo que se puedan generar en los hogares o en los espacios que consideren “seguros” para ellos, como casas de familiares o amigos, porque para nosotros aun así son espacios de alto riesgo.

3.15.- Director del Servicio de Salud de la Región de O’Higgins, señor Fabio López Aguilera:

Respecto de las residencias sanitarias, puedo señalar que el actuar de las instituciones de la Salud, en el contexto de la pandemia, debe ser analizado desde dos aristas: uno, el estado de emergencia decretado por el supremo gobierno, y dos, el permanente estado de necesidad provocado por la pandemia. Bajo esa mirada y en lo concreto, la tarea a la que se abocó el Servicio de Salud de la región de O´Higgins fue, en primera instancia, planificar desde enero del 2020 el devenir de esta pandemia en la región, pero para concentrarnos en las respuestas a las preguntas formuladas, lamentablemente, deberé obviar muchos de esos detalles, y digo lamentablemente porque todas esas acciones planificadas, ejecutadas y coordinadas dan cuenta del trabajo de un tremendo equipo de profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares de la Dirección de Salud, de los servicios y de los hospitales de la red asistencial que han estado al lado de este director -no atrás, sino al lado-, realizando una tarea titánica para enfrentar un virus que tiene a todo el mundo en vilo y del cual aún sabemos muy poco.

Respecto de las residencias sanitarias, como cuestión previa debo señalar que el Ministerio de Salud dispuso como medida sanitaria, a través de la resolución 215 del 30 de marzo de 2020, el traslado a lugares especialmente habilitados para dar cumplimiento a las medidas de aislamiento de las personas que hayan infringido las medidas de cuarentena que les hayan sido impuestas.

En esta estrategia se distinguen tres etapas. La primera etapa, desde el 30 de marzo del 2020, con la resolución que mencioné que dispone el aislamiento de poblaciones generales y personas determinadas, lo que fue perfeccionado a través del ordinario 871, con el Protocolo de Residencias Sanitarias, Plan de Acción Coronavirus, que fue modificado el 27 de mayo de 2020 a través del ordinario 1541, con el cual se amplió la cobertura y se incorporó a las residencias a los casos sospechosos de los funcionarios.

La segunda etapa, que comenzó el 3 de junio del 2020, fecha en que se publicaron los ordinarios 1675 y 1679 en los cuales –este es un punto muy importante- por primera vez se remitieron lineamientos para términos de referencia y una estandarización de precios de las habitaciones efectivamente utilizadas, y se entregó la excepción para que aquellos servicios que no hayan podido contratar en las condiciones referidas o que no puedan hacerlo en el futuro, en cuyo caso la subsecretaría señala la obligación de informar fundadamente las razones que justifican esa decisión.

La tercera etapa, que va desde el 30 de junio a la fecha, comienza con la resolución exenta N° 479, de 24 de junio, que señala que se dispone la administración, gestión y coordinación de las residencias sanitarias, que será efectuada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la región correspondiente. Y el decreto supremo N° 21, de fecha 26 de junio, que modifica al decreto supremo N° 4. Para no entrar más en detalle.

Es muy importante señalar que en la Región de O'Higgins se observaba un fenómeno que también se observó en varias regiones a fines de marzo. Nosotros contratamos la primera residencia en abril, donde las condiciones económicas estaban fuertemente impuestas por los oferentes, generando la situación del "todo o nada". Por otro lado, tampoco se había establecido por parte del Estado una política pública de regulación, salvo en algunas áreas específicas.

Con todo, en abril se realiza el primer contrato de residencia sanitaria, el cual nos entregaba cobertura en las comunas de San Vicente de Tagua Tagua, Santa Cruz y San Fernando, a través de una cadena de moteles-cabañas -fue por todos conocido a nivel nacional-, en que se vivenciaron episodios lamentables donde una parte de la comunidad provocó manifestaciones y disturbios que pusieron en riesgo la integridad de los cuatro primeros alojados de nuestra región, así como también del personal del recinto. Ante la presión, el proveedor desistió de perseverar en el contrato, y se prosigue en la búsqueda.

Con fecha 20 de mayo de 2020, mediante oficio N° 996, esta dirección de servicio informa a las Subsecretaría de Redes Asistenciales las circunstancias que dificultan encontrar establecimientos adecuados. Las razones más recurrentes son negativa de los dueños del recinto; no cumplir con el estándar fijado en el ordinario N° 871; no cumplir con los requisitos para contratar con el Estado; no tener capacidad para caucionar el contrato; no estar dispuestos a ingresar pacientes covid por temor a estigmas posteriores del negocio; no tener personal

sanitario, la exigencia del momento, y hubo casos en que los valores exigidos eran muy altos. Luego, se logra concretar la residencia con el hotel Mining House, de Machalí, que se apertura el 29 de mayo, con los primeros 44 cupos, de 150 que el ministerio le puso como meta al servicio para fines de mayo. En esa misma línea, se remite el ordinario N° 1.013, de 20 de mayo, al jefe de la Defensa Nacional para la Región de O'Higgins, donde se solicita el apoyo en el marco de sus atribuciones para la estrategia de residencias sanitarias.

Si bien en algunas regiones se vieron resultados, en nuestro caso solo recibimos algunas ofertas, entre ellas la de la empresa Grupo JMG Spa, cuyo representante es don Jaime Marín Gutiérrez. Habiéndonos interesado las instalaciones de Casa Millán, se hizo la visita técnica a las dependencias, sin que haya sido posible el contacto con el propietario. Se deja constancia de que no ha sido el servicio de salud quien contrató un intermediario, sino que ello fue por decisión de los privados.

Las contrataciones de las residencias se han realizado siguiendo las normas de contratación existente, que son el decreto N° 4, de 2020, del Ministerio de Salud, de alerta sanitaria; efectuar la adquisición directa de bienes y servicios de equipamientos necesarios para el manejo de esta urgencia; la resolución N° 215, de 30 de marzo de 2020, que dispone la estrategia de residencia sanitaria; el ordinario N° 871, antes mencionado; la resolución N° 419, de 4 de junio, del Ministerio de Salud, que dispone que se tiene que establecer el cumplimiento de los siguientes requisitos para que un recinto pueda ser destinado como residencia sanitaria. Aquí me quiero detener, porque es muy importante destacar que no todos los hoteles y hostales cumplían con todos estos requisitos.

Primero, el recinto, para ese entonces, debía proveer de un lugar donde dormir para las personas que se hospeden; debe contar con un baño para un máximo de seis personas -esto se modificó-; cada baño debe tener disponible un acceso para agua caliente, y el recinto debe contar con condiciones para proveer servicios de alimentación y limpieza.

Un dato aparte, el ordinario N° 1.541, de 27 de mayo, varió el criterio de habitación individual para permitir el ingreso de grupos familiares y menores de edad. Abrió la búsqueda a habitaciones individuales y habitaciones con más de una cama. De hecho, la resolución N° 419, del Minsal, amplió esta alternativa hasta para seis personas, incluso, compartiendo un mismo baño. Con posterioridad, el 4 de junio se agregan al proceso de contratación los ordinarios N° 1.675 y N° 1.679, y en ellos se reflejan los términos de referencia mediante los cuales se solicitaron ofertas económicas, sin perjuicio de lo cual todas las ofertas mantienen el mismo criterio referido en los párrafos anteriores.

El 9 de julio, por ordinario N° 1.221, se remiten los antecedentes en cuanto al cierre de residencias y traspaso de ellas a salud pública y, en especial, para los efectos que se valore, por la subsecretaría, lo dispuesto en el ordinario N° 1.679, de 3 de junio de 2020, que señala que en caso de que algún servicio de

salud, debido a las condiciones que deberá justificar el director de dicha entidad pública, tuviese que pagar un valor mayor al descrito, deberá informar a esta subsecretaría en el más breve plazo, aportando todos los antecedentes que fundamentan dicha decisión.

Además, informar que la Contraloría General de la República, mediante oficio N° 6.268, de 22 de mayo de 2020, comunica al Servicio de Salud O'Higgins el inicio de un proceso de revisión respecto de hospitales de campaña y modulares, así como también de residencias sanitarias. Toda la información que obra respecto de residencias sanitarias y hospital de campaña están en este momento en poder de la Contraloría General de la República. Se debe señalar que cada una de las aperturas de residencias sanitarias contó, previa la apertura, con la visita de un fiscalizador de la Contraloría General de la República. Eso en cuanto a residencias sanitarias.

Respecto de si era verdad que procesábamos más de mil muestras diarias, la verdad es que desde la semana pasada en un trabajo coordinado con la seremi de Salud, como servicio hemos salido a hacer pesquisa activa. La seremi se ha desplegado con el equipo a través de la atención primaria, y nosotros por otra parte, tanto en Rengo como en Santa Cruz, hemos propiciado una pesquisa activa de PCR. Tanto es así que en el caso de Rengo, las primeras muestras que procesó la Universidad de O'Higgins (UOH) el martes pasado fueron los resultados que permitieron que la seremi de Salud, en una acción muy coordinada y rápida, pudiera interactuar con distintos actores de la misma comuna, tanto de la municipalidad como otros actores, para iniciar la trazabilidad de aquellos casos. Lo destaco porque fue la primera tanda de muestras que procesó el laboratorio de la UOH.

Los laboratorios de PCR para el virus SARS-CoV-2 se inician en la Región de O'Higgins, el 11 de marzo. Desde el Servicio de Salud O'Higgins se solicita la implementación de laboratorios de PCR para el hospital Libertador Bernardo O'Higgins. El 12 de marzo se inicia la postulación para profesionales para implementar el PCR. El 23 de marzo el Instituto de Salud Pública (ISP) autoriza al laboratorio del hospital Libertador Bernardo O'Higgins para el procesamiento de muestras. El 26 de marzo se informa la puesta a disposición de equipos de PCR desde el Centro de Estudios Avanzados en Fruticultura (CEAF) al Servicio de Salud O'Higgins, lo que finalmente se traduce en la apertura del laboratorio de la Universidad de O'Higgins (UOH).

Ustedes pueden ver que en el mes de marzo teníamos una muy baja incidencia de casos y una muy baja incidencia en la positividad. En el gráfico, la línea roja refleja el problema de los atrasos que tuvimos, los cuales han ido bajando, y ustedes pueden ver que hoy ya estamos muy por debajo en términos de atrasos. Estamos informando exámenes en un promedio de 24 a 36 horas, no más allá de eso, con una capacidad que ya declaramos la vez pasada. Respecto de por qué no fuimos más proactivos, la verdad es que fuimos bastante proactivos, y este atraso se produjo, tal como lo explicamos la vez pasada, porque

aumentamos la cantidad de puntos de toma de muestras y porque tuvimos un quiebre de *stock* de reactivos. Contrario a lo que se puede pensar, la toma de PCR es un proceso bastante largo, que parte desde la toma de muestra propiamente tal; el ingreso al Epivigila en el lugar de origen de la toma; el transporte, que se realiza en un medio de transporte especial de la muestra; luego su proceso, que tiene varios subprocesos, que van desde la amplificación y la extracción, hasta finalmente poder informarlo.

Respecto del proceso de extracción, lo que se produjo acá fue que tuvimos que iniciar durante varios días, y eso provocó la demora, una extracción absolutamente manual, debido a que los automatizadores, que ya habíamos previsto y adquirido, quedaron sin reactivos, y esa fue una realidad a nivel nacional e internacional. El propio Servicio de Salud salió con recursos propios, como medida mitigadora, a comprar otros extractores automáticos, los cuales ya están funcionando, y pudimos sacar el rezago con el envío de más de 1.000 muestras a laboratorios de la ciudad de Santiago, lo que nos permitió bajar la cantidad de atrasos, cuestión que ustedes pueden evidenciar. Junto con ello, está la apertura de nuevos laboratorios. Es muy importante señalar que el laboratorio Fusat demoró mucho en entrar en funcionamiento. Si bien Codelco-Chile puso a disposición tempranamente el equipo, la validación por parte del ISP demoró más de lo aconsejable. De hecho, fueron más de siete intentos los que se hicieron para lograr su validación, y eso también nos jugó bastante en contra.

La reconversión de camas que ha tenido el Servicio de Salud O'Higgins en esta red integrada, que incluye a las clínicas privadas, ha estado por sobre lo proyectado por el propio Servicio de Salud y por sobre lo que el propio ministerio, en el mes de marzo, proyectó para el Servicio. En el gráfico, la línea roja refleja el total de camas UCI ocupadas y cómo ha ido subiendo esta progresión, y la línea punteada, segmentada, nos refleja la evolución de la reconversión de camas. Partimos con 29 camas, al 1 de marzo, y hoy, al 10 de julio, llevamos 109 camas. Estoy hablando solo de camas con ventilador automático. En el cuadro se observa la disponibilidad actual de camas UCI en la red O'Higgins; las derivaciones al extrasistema por cama crítica de enero a julio y el total de pacientes hospitalizados en las unidades de urgencia.

Sobre el uso de mamelucos para los equipos SAMU, que es lo que está reclamando el gremio, quiero señalar que el Colegio Médico y la Sociedad Chilena de Infectología no recomiendan el uso de cofias, ni de mamelucos, ni de cubrecalzados. Es una recomendación de ellos; ni siquiera me estoy refiriendo a las recomendaciones del Ministerio de Salud. La Sociedad Chilena de Infectología y el Colegio Médico señalan que el uso de cofias, cubrecalzados y mamelucos no es recomendable, porque en su manipulación, al sacárselos, hay mucho riesgo de transmitir la enfermedad. También quiero informar que el gremio SAMU-SAR interpuso un recurso de protección, que se refería a lo mismo, a la misma demanda por el uso de elementos de protección personal (EPP), recurso que fue rechazado por la Ilustrísima Corte de Apelaciones de Rancagua, porque no tenía mayor fundamento.

3.16.- Secretaria Regional Ministerial de Salud de O'Higgins, doctora Daniela Zavando Matamala:

En primer lugar, clarificar que las condiciones para las residencias sanitarias van variando en función del tiempo. Una vez que se hace el traslado a nivel nacional de la administración de Redes Asistenciales hacia Salud Pública es cuando este organismo establece sus términos de referencia y parámetros, para realizar nuevas contrataciones y observar las que ya estaban realizadas.

Con este nuevo cambio de términos de referencia, debemos tomar la decisión de cuáles se mantienen, cuáles no continúan, y en función de eso se hizo la coordinación con don Fabio López, quien procedió al cierre de aquellas residencias donde había un intermediador. Posteriormente, hicimos adendas en dos contratos donde no se logró conseguir una resciliación que traería consigo la judicialización de estos contratos. Finalmente, lo que se hizo fue llegar a acuerdo con esos proveedores a través de esta adenda y mantenerlo hasta el término de los contratos que se habían firmado inicialmente, vale decir, el 29 de julio y el 5 de agosto. Nosotros, una vez cumplido este contrato, exigiremos los términos de referencia, que nos ha pedido la Subsecretaría de Salud Pública que respetemos.

En relación a la Casa Millán, la otra residencia sanitaria que estaba con alguna complicación, se eliminó la figura del intermediario y se firma contrato hasta el cierre, el día 30 de julio, mejorando parcialmente las condiciones iniciales que se habían realizado en una primera instancia con el Servicio de Salud. Eso en cuanto a la situación de observar que estarían cambiando los contratos al límite de la ley. Hoy no tenemos reclamaciones al respecto. Se hicieron los cierres que correspondían por parte del Servicio de Salud y en aquellos lugares donde hubo algún nivel de problemática fueron corregidos por adenda.

Respecto de Sergio Carvallo, que es la otra consulta que se realiza, es importante mencionar que de acuerdo a la estructura dada en la Subsecretaría de Salud Pública, que define dentro de la seremi de Salud a los directivos, entre los que se encuentra don Sergio Carvallo como director de Desarrollo institucional, es quien debe, por la descripción de su cargo, generar los contratos y pagos bajo supervisión del nivel central. Es importante señalar que, a diferencia del Servicio de Salud, la seremi no es autónoma ni posee patrimonio propio, por lo tanto, muchas de las decisiones deben ser evaluadas desde el nivel central. En este sentido, decir que el señor Carvallo no negocia las condiciones de los términos de referencia; solo puede conducir las contraofertas hacia el nivel central para su posterior evaluación como propuesta. Por otro lado y dado los antecedentes anteriores, quiero insistir en que hay conformidad con los proveedores, que se han mantenido con esta nueva administración.

Respecto de la afirmación que el funcionario Sergio Carvallo tendría un sumario por acoso y problemas judiciales, debo informar que en 2014 se realiza un sumario administrativo por esa causa, concluyéndose en sobreseimiento. Por lo

tanto, el señor Carvallo no mantiene sumario vigente por esa materia, ni tampoco tenemos antecedentes de que tenga problemas judiciales vinculados a esa área. La única información disponible que tenemos es que existe un sumario en curso desde el Ministerio de Salud, cuyos motivos específicos desconocemos pues se encuentra bajo secreto de sumario en poder de la fiscal designada. Pero con los pocos antecedentes que tenemos disponibles, la temática no se relaciona con acoso sexual.

Lo primero que quiero expresar es que las puertas de la seremi de Salud siempre están abiertas a las autoridades. De igual forma es necesario mencionar que existe un ordenamiento político en la interacción principal de los alcaldes, que es de acuerdo al trabajo que realizan con los intendentes y con los gobernadores, quienes en nuestra región se han puesto al servicio de esta pandemia y que de forma constante actúan como los articuladores en cuanto a las necesidades que se definan en la territorialidad. Y, por otra parte, mencionar que con la división Salud de la Corporación Municipal de Rancagua, a través de su director don José Antonio Cavieres, hemos coordinado, desde el inicio, acciones tendientes a prevenir, en un principio, y posteriormente a enfrentar la pandemia desde lo operativo, y que esta coordinación ha mantenido semana a semana.

Es importante recordar que la seremi de Salud no entrega prestaciones de salud, por lo cual si no existe este trabajo coordinado con la atención primaria es imposible abordar las problemáticas de las personas, como ocurre cuando aparecen estos brotes.

Finalmente, un área que abre, que se atiene al período que nos reunimos con el alcalde de Rancagua, don Eduardo Soto, fue la posibilidad de destinar en comisiones de servicio a personal municipal hacia acción sanitaria para efectos de fiscalización, situación que se concretó en un apoyo de 16 personas. Así es que no existe ningún otro motivo por el cual no se haya producido una comunicación anteriormente, siempre estaba desde lo operativo.

Respecto de la pregunta que dice qué ocurre con la interacción de la atención primaria en cuanto a trazadores y la evolución de trazadores que estuviera a la vista tanto de la seremi de Salud como de atención primaria. La atención primaria comienza su apoyo en trazabilidad a esta seremi a mediados de abril. En un inicio lo hicimos en una coordinación voluntaria con los pacientes, ya que ustedes recordarán no había forma de poder entregar información dada la ley de derechos y deberes de los pacientes a equipos que no estuviesen en directa relación con el diagnóstico, con el cuidado de esas personas. Entonces, en un principio, fue sujeto a un consentimiento que se hizo con las personas que estaban enfermas y posteriormente esto se regularizó en la medida que los cuerpos normativos así lo permitieron. Pero nuestro trabajo en conjunto ya estaba para el abordaje de las personas en relación a la trazabilidad. Como dije, se inició en abril, y en todos los equipos se formaron comunas. Actualmente, y según el número de casos que tienen las comunas, se han ido sumando otros funcionarios. Por lo tanto, a lo menos, tienen 1 persona en trazabilidad; en Graneros, hay 6

trazadores, se incluyó uno esta semana; en Quinta de Tilcoco, 5; En Rengo, 12; en Doñihue, 17; en Coinco, 11; en Codegua, 9; en Palmilla, 5; en Peralillo, 3; en San Vicente de Tagua Tagua, 9; en Pichilemu, 2; en Coltauco, 4; en Santa Cruz, 7; Malloa, 7; Machalí, 6; Rancagua, 40; Mostazal, 3. Como lo he dicho, en el resto tienen a lo menos a una persona y esto se ha ido dando en la medida del avance de la pandemia. En cuanto a la evolución de los trazadores de la seremía de Salud, les podemos comentar que el día 18 de marzo eran 4 funcionarios que estaban programados para hacer la trazabilidad; en la segunda semana se convirtieron en 16, porque se sumaron 12, dado que íbamos buscando los contactos estrechos.

A principios de junio, se agregan 4 funcionarios más desde otro departamento de esta seremi. Quiero tomar ahí un poco el por qué se produce este salto entre abril y junio, básicamente, porque nosotros empezamos a tener tardanza en los resultados de las PCR, que lo comentó el señor Fabio López, y por lo tanto el número de resultados no llegaba. O sea, la respuesta de los resultados no la teníamos y, lamentablemente, eso significó una pérdida de oportunidad y también de que los brazos estuviesen de alguna forma -por decirlo- un poco parados. Situación que, una vez que se revierte este problema con la notificación y el mejoramiento del procesamiento de PCR, empezamos nosotros, evidentemente, a agregar nuevos funcionarios para poder abordar la cantidad de pacientes que se iban sumando.

Entonces, a principios de junio se agregan 4 funcionarios desde otro departamento de la seremi; el 8 de junio, se contrata a 4 profesionales más para trazabilidad. A mediados de junio, además, agregamos una fiscalizadora de acción sanitaria, que estaba con teletrabajo, y el 1° de julio se refuerza con otros 5 profesionales más, lo que da el número de 30. Esta semana estamos trabajando para aumentar en 6 personas más y poder llegar así a 36 trazadores. Eso en relación con la trazabilidad.

Respecto de la trazabilidad de los contactos estrechos, hemos tenido una buena trazabilidad, salvo el tema de la oportunidad que se nos dio en el período que no tuvimos los resultados a tiempo, pero en términos generales nuestra trazabilidad siempre ha sido de un muy buen nivel. Así, al 4 de junio ya teníamos el 90 por ciento de los contactos trazados. El día 10, nos manteníamos en el 90 por ciento, y ya al día 19, con el alza de los casos, empezamos a disminuir un poco, 84, 85, así sucesivamente, y ya el día 9 de julio, que fue lo que les informé, estábamos en el 88,7 por ciento, lo que sigue siendo satisfactorio, que también nos hace poder retomar la trazabilidad del 90 por ciento, que es nuestra meta, e incorporar a estas otras seis personas esta semana.

En cuanto al número bajo de exámenes por millón de habitantes. Los valores que ha dado a conocer el Minsal son datos del día 4 de julio y corresponden a la producción de procesamiento de exámenes y no al testeo realizado en la región. Eso es importante señalar porque, como lo mencionó el director de Servicio en la anterior sesión, nosotros hemos tenido dificultades del

procesamiento de los exámenes por diferentes razones que se mencionó. Entonces, lo informado por el Minsal eran 19.057 a esa fecha, mientras que el número de exámenes que nosotros ya habíamos tomado eran 23.023 a esa misma fecha, y convertido en una tasa es bastante mejor que los 19.057 por millón de habitantes. Recuerdo que la Región de O'Higgins tiene menos de un millón de habitantes. Esto a nosotros nos generó inquietud con el director de Servicio, especialmente, porque se invisibilizaba un esfuerzo importante que estaban haciendo los trabajadores de salud, tanto públicos como privados, y que fue absorbido por el procesamiento que se hizo en la Región Metropolitana; entonces, esas cifras se desplazaron hacia la Región Metropolitana y a nosotros la verdad es que nos desfavoreció.

Frente a esa situación que detectamos, debo decir que a mí me llamó en una oportunidad el ministro de Salud para preguntarme qué estaba pasando con esto. Yo le manifesté que teníamos esta diferencia y se solicitó a la División de Gestión de Redes Asistenciales (Digera) el cambio del indicador, que viéramos de alguna forma el poder demostrar nuestro trabajo de forma fidedigna. Bueno, independiente de lo anterior, es importante señalar que la capacidad de procesamiento tiene que ir aumentándose. Por eso, ya estamos en conversación con la División Salud de la Cormun Rancagua para poder implementar un nuevo laboratorio de biología molecular para PCR, a lo cual el señor ministro comprometió su apoyo.

Por otra parte, y desde la semana pasada, para efectos de mejorar el número de testeos, estamos realizando testeos en lugares de trabajo, en poblaciones vulnerables, lugares críticos, como Eleam, centros de rehabilitación, etcétera, que es lo que ya hemos venido conversando y haciendo en conjunto con la Dirección del Servicio y la atención primaria. Incluso, desde la Seremi preparamos a un equipo de profesionales para la toma de PCR.

Bueno, en términos generales, lo que nosotros hemos podido ver de esta carta es que hay algunas cosas en las que tenemos diferencias y sí hay algo que a nosotros nos preocupa, y tiene que ver con que en esta columna de opinión donde se da un espacio para hacer estas críticas, que nosotros las estamos analizando, no se ve y queda pendiente la propuesta de alternativa de solución por parte del doctor Soto. Así, que nosotros esperamos que eso ocurra en los próximos días y siempre estaremos disponibles a recogerlas y considerarlas. Ahora, también es importante decir que el doctor Soto es médico en la Clínica Isamédica, que es parte de la Red Integrada COVID-19, es un médico destacado y su *expertise* está en la atención clínica, pero las afirmaciones merecen ser aclaradas desde la salud pública y la epidemiología.

Para los traslados de las personas privadas de libertad, así como contingente policial, militar o personas que trasladan su domicilio, no existe obligación de informar a la seremi de Salud, así como tampoco hay un cuerpo normativo que a nosotros nos permita autorizar eso. No obstante, lo esperable es que en este contexto de pandemia, ante una urgente necesidad de traslado,

hubiese sido deseable y totalmente recomendable la realización de PCR, en el lugar de origen y no que tuviésemos que responder nosotros rápidamente realizando los exámenes, porque en virtud de eso lógicamente que existen riesgos que nos obliga a tomar otras medidas para tratar de mitigarlo. En ese sentido, como autoridad sanitaria les puedo comentar que no tenemos que ver con la autorización del traslado de estas personas, que no se nos preguntó, y que la pregunta que llegó después fue si podíamos hacer PCR, y la respuesta fue que sí, a todos, a cada uno de ellos, porque nos interesa saber el estado de salud de las personas que venían llegando de Santiago. Además, se verificaron las condiciones de aislamiento, para que no tuvieran contacto con la población penal que estaba en La Gonzalina, que es la cárcel de Rancagua. Ahora, una vez que se obtienen los resultados de los PCR, se extendió el examen a los gendarmes que asistieron a este grupo de internos, y hemos estado pendientes constantemente de todo lo que está ocurriendo en La Gonzalina. Después viene un segundo brote.

Finalmente, en relación con lo que pasa con el cordón sanitario de Paine, debo mencionar que la aduana sanitaria de esa localidad, ubicada en Águila Sur, depende de la Seremi de Salud Metropolitana, donde por territorialidad yo no tengo ninguna injerencia.

En relación con el segundo brote, el 15 de junio se realiza la última visita del pastor evangélico al penal. Al inicio de la investigación se menciona que solo había estado en el área administrativa, y con posterioridad informa que sí habría visitado a los internos del módulo 41 para despedirse, porque se sentía enfermo. El 16 de junio ingresa a una clínica en Santiago, se le realiza panel viral con resultado negativo; el 17 de junio se informa un TAC altamente sugerente de covid-19. Paralelamente, desde el 16 al 19 de junio la esposa del pastor se hospitaliza, y según la epicrisis de la clínica, habría comenzado a mostrar síntomas el 11; indica una PCR positiva para el 16 de junio, y el 17 de junio un TAC de tórax, con hallazgo altamente sugerente de covid-19. El diagnóstico de ingreso fue “sospecha de covid-19” y el de egreso “confirmación de coronavirus”. El 23 de junio, el pastor avisa que estuvo hospitalizado por coronavirus. Presenta licencia por 21 días, se le solicitan los antecedentes, que son los que ya hemos mencionado, y en función de eso se empieza a tener información respecto de los internos con los que habría tenido contacto, los que refirieron sintomatologías leves. Se toma PCR a 14 personas, habiendo 12 internos positivos y un gendarme positivo, los que son aislados. Ya que tuvimos ese nivel de positividad se decide tomar PCR a todo el módulo 41, obteniéndose 48 personas con resultado positivo. Paralelamente, decidimos tomar muestras en los módulos 42, 43 y 44, porque podrían haber tenido algún contacto, y en ese testeo, que en principio fue aleatorio, se obtuvieron resultados positivos, por lo cual se determinó realizarlo a todos esos módulos, obteniéndose en los 4 módulos, con 277 personas, 98 resultando positivos en total.

La transferencia de fondos para trazabilidad ya se hizo. Incluso, desde la semana pasada los municipios tienen en sus cuentas la transferencia de esos

fondos, por resolución exenta que se dictó el 3 de julio de 2020. Por lo tanto, hemos cumplido con este acto, que es importante.

En cuanto a Codelco, debo informar que, de acuerdo con nuestros registros, tenemos un número acumulado de 1.148 trabajadores, de los cuales 907 se han recuperado y 241 permanecen activos, información actualizada al 11 de julio. En cuanto a las medidas que hemos adoptado, en primer lugar, decir que desde el inicio hemos sostenido reuniones de coordinación con la gente de Codelco, porque indudablemente existen riesgos en una empresa que reúne a tantos trabajadores, por ejemplo, en el traslado. Por tanto, desde un inicio estuvimos trabajando para ir revisando los protocolos que nos daban a conocer; incluso se han hecho reuniones para ver la situación, cómo se ha ido avanzando, verificar en terreno qué medidas han aplicado para cortar la cadena de contagio. Sin ir más lejos, la semana pasada visitamos la mina y otros lugares de tránsito para entrevistarnos con los propios trabajadores y preguntarles cómo creen que se enferman. La información que recogimos fue tremendamente importante para incorporar otras medidas dentro de las que ya se habían adoptado desde el nivel corporativo. Por tanto, la participación de los trabajadores es vital, relevante, porque así como las medidas estructurales, el uso adecuado de EPP, Elemento de Protección Personal; las medidas para distanciar los casilleros o los turnos, también existen otras cosas que son visibilizadas por los trabajadores. Por ello, agradezco el esfuerzo que hicieron y el tiempo para conversar con nosotros para hacer las propuestas respectivas.

Por consiguiente, vamos a continuar con un monitoreo permanente en la División El Teniente, ya que aquí hay gente que se contagió en su trabajo. Evidentemente, hay contagios laborales.

Respecto de la cobertura, es importante señalar que de la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento se espera que seamos capaces de alcanzar un 10 por ciento de todos los test, pero con búsqueda activa. O sea, si se toman 1.000 test, que el 10 por ciento sea a través de la búsqueda activa; ojalá podamos hacer algo incluso mayor.

3.17.- Intendenta de la Región de O’Higgins, señora Rebeca Cofré Calderón:

Como Región de O’Higgins lamentamos la situación a la que nos hemos visto expuestos públicamente. En nuestra región nos hemos coordinado no solo con salud, sino que también con las fuerzas de Orden y Seguridad.

Toda la información que aquí se ha entregado tiene todos los respaldos que corresponden y espero que se aclaren estas situaciones y podamos nuevamente quedar validados ante la ciudadanía, porque ha habido esfuerzos, y no solo de las personas que nos encontramos presentes en esta sesión, sino de muchas de las que están trabajando en este momento en salud, y no solo los médicos, sino también los TENS y el personal de salud primaria.

Hemos visto que el sistema de salud ha dejado al descubierto muchas debilidades, y no teníamos la capacidad de enfrentar esta pandemia tan cruel, que nos ha encontrado muy debilitados, puesto que ya de arrastre el sistema de salud venía con muchas dificultades. Espero que de alguna forma se valore el esfuerzo de Salud, pero que al mismo tiempo se puedan esclarecer todas aquellas dudas que ustedes han considerado que era pertinente investigar. Como gobierno de Chile, y en mi caso como representante del Presidente en la región, cuenten con todo nuestro respaldo, para decir a la Región de O'Higgins que si tal vez cometimos errores, sí se han hecho esfuerzos.

3.18.- Director del Servicio de Salud de la Región de Atacama, señor Claudio Baeza Avello:

Nuestra red está constituida por cinco hospitales. Al inicio de la pandemia teníamos solo un hospital de alta complejidad, con una unidad de cuidados intensivos; 19 centros de salud familiar; 6 centros de salud SAPU y 3 SUR. Esta es una red que está distribuida en toda nuestra región. Al inicio de la pandemia marcamos tres ejes centrales, en los cuales íbamos a desarrollar el trabajo y cómo íbamos a enfrentar la pandemia. El primero, la prevención; el segundo, cómo podíamos ser capaces en la región de diagnosticar de manera rápida y tener resultados rápidos para tratar la enfermedad de coronavirus y, el tercero, el tratamiento, en el sentido de cómo nos íbamos a ser cargo sobre todo en materia de camas críticas para aquellos pacientes que las necesitaran.

Partimos con nuestra preparación el 15 de enero e inmediatamente con una estrategia clara, trabajando con los dos hospitales de alta complejidad, me refiero al Hospital Provincial del Huasco y el Hospital Regional de Copiapó, para establecerlos como centros de referencias para pacientes con covid-19. Pero también hay un hecho claro, pues no se puede hacer solo desde la mirada de los hospitales, sino que también está la mirada de la atención primaria. Y en cada uno de los centros de salud de la atención primaria se estableció una atención diferenciada, es decir, unidades de aislamientos que permitieran en la atención primaria recibir los casos que se levantaban como sospechosos. Sabemos que la red asistencial requiere de una línea clara de trabajo. Por eso es que nuestro equipo del servicio de salud lideró la confección de protocolos emanados hacia la red asistencial, no solamente en los hospitales de alta complejidad, sino que también en los hospitales de baja complejidad y, por supuesto, en los centros de atención primaria.

Partimos por el mes de febrero, saliendo a nuestra red asistencial con una capacitación intensa con los funcionarios de la red asistencial, en materia de infecciones asociadas a la atención de salud. Sabíamos que el elemento central para abordar la pandemia tenía que ver con cómo nos organizábamos con nuestros funcionarios. Eso se hizo de dos miradas. La primera, las capacitaciones para el personal de atención primaria de los hospitales y, la segunda, la utilización adecuada de los elementos de protección personal en términos de utilización, pero

también en términos de disposición. Es así como, en el mes de febrero, establecimos los dos primeros simulacros en la Región de Atacama, en Vallenar y en Copiapó. La particularidad de la provincia del Huasco es que lo hicimos, además, desde un centro de salud como es Freirina hacia el Hospital Provincial del Huasco, lo que nos permitió modificar las estrategias que teníamos pensadas y asumir una tremenda experiencia, que nos sirvió para el manejo de lo que llevábamos adelante. Establecer protocolos de flujogramas para guiar la acción de los servicios de atención de salud y de la asistencia sanitaria.

Una vez que ya estaba organizada la red asistencial, nos enfocamos en la capacitación de los servicios públicos en materia de prevención, en materia de lavado de manos. Sabíamos que uno de los elementos centrales no era solamente cómo abordábamos esto desde la mirada de salud, sino también desde la organización de los otros servicios públicos. Una vez coordinado aquello, salimos a la educación con la comunidad. Establecimos capacitaciones, conversaciones y salidas a terreno en cada una de las localidades.

Respecto de la prevención, la primera tarea fue evitar los contagios entre pacientes. Por lo tanto, en ambos hospitales se organizó la urgencia diferenciada para aquellos pacientes que tenían una patología respiratoria y para aquellos que no la tenían. Partimos en marzo y la primera urgencia diferenciada se estableció en el Hospital Provincial del Huasco, y después continuamos en la urgencia más grande que tenemos en el Hospital Regional de Copiapó. Sabíamos que la comuna de Copiapó, que alberga la mayor cantidad de centros de salud, requería una estrategia similar. Por lo tanto, en mayo, también establecimos los centros respiratorios en la atención primaria, en la comuna de Copiapó.

En materia de prevención sabíamos que la clave era que la región pudiera contar con el diagnóstico. En nuestro centro derivador de Antofagasta sabíamos que se iba a generar una complicación y un retardo en la entrega de los exámenes. Por lo tanto, una de las reuniones que sostuvimos con los directivos de la Universidad de Atacama y con el laboratorio universitario nos permitió, en marzo, implementar el primer laboratorio universitario que se formó en nuestro país.

Para la coordinación, conversación, autocrítica y cómo vamos avanzando en la mirada sobre la forma en que enfrentamos desde la red asistencial la pandemia, constituimos dos mesas fundamentales. La primera, una mesa técnica que está integrada por profesionales del Hospital Regional de Copiapó, de la dirección del servicio y de la autoridad sanitaria. Además, sabíamos que un elemento central es la protección de nuestros funcionarios y, por tanto, también en mayo, con integrantes de los gremios de la salud, de los equipos de recursos humanos, instauramos la mesa de funcionarios, cuyo objetivo principal fue analizar los protocolos hacia los funcionarios, los elementos de protección personal y todas las medidas de asistencia para aquellos funcionarios que resultaran contagiados. Hemos distribuido más de un millón de elementos de protección personal en nuestros hospitales y en nuestra red de atención primaria. Esto significó, al inicio, establecer por primera vez una bodega de elementos de

protección personal en el servicio de salud, cuyo objetivo era que cuando en un centro de salud u hospital hubiera un quiebre de un elemento de protección personal, nosotros como servicio pudiéramos disponer de ese elemento. Es así como frente a quiebres de *stock* en los hospitales Provincial del Huasco y Regional de Copiapó, y algunos centros de salud, hemos sido nosotros, como servicio, quienes hemos ido a aportar con ese elemento personal tan importante para todos.

Estábamos diciendo a la gente que debía quedarse en sus casas, que no podía salir, pero sin duda que a esa gente debíamos ofrecerles una alternativa distinta, una atención distinta. Por eso, establecimos el Fono Atacama Salud. Este fono, al día de hoy, lleva más 2.500 atenciones, que corresponden probablemente a personas que iban a acudir a un servicio de urgencia. Este Fono Atacama Salud nos permitió entregar asistencia. Está integrado por médicos de la red asistencial y hemos ido ampliando esta atención. Tenemos apoyo psicológico, odontológico, lo cual permite dar una respuesta cercana a nuestros usuarios. Sin duda, un elemento central ha sido la prevención y las campañas comunicacionales que hemos hecho a nuestra gente, en las que no solo hemos hecho un llamado al cuidado, sino también a la prevención completa.

En materia de diagnóstico, como región fuimos unos de los primeros que partimos con la estrategia preventiva, y por esto no solo se testeaban los casos que eran sospechosos o que tenían alguna sintomatología compatible con coronavirus, sino que también a todos los contactos estrechos de ese caso positivo; a los pacientes oncológicos, que es un grupo de riesgo; a los pacientes que iban a someterse a una cirugía, a mujeres embarazadas en su semana 38 de gestación. Gracias a dicha medida ya se han diagnosticado seis casos de embarazadas asintomáticas y, además, permite acompañar el parto y las medidas de prevención. Por supuesto, está la prevención que hemos hecho en los funcionarios. En ese sentido, ya hemos implementado más de 500 test serológicos en la red asistencial de nuestra región.

Parte del elemento central era cómo diagnosticábamos esto. Al inicio de la pandemia solo estaban los hospitales tomando la muestra y hoy día todos los centros de salud familiar pueden tomar la muestra de coronavirus, acercando la salud. Estos son procesados en el Hospital Provincial del Huasco, en el Hospital Regional de Copiapó y, posteriormente, son derivados al laboratorio de la Universidad de Atacama. Hoy, sin duda, hemos ido aumentando la cantidad de test de los pacientes que se han diagnosticado; ya son más de 14.000 test los que hemos hecho en la región para nuestra gente. A continuación, se puede apreciar cómo ha ido aumentando la positividad en la Región de Atacama, que se condice además con la cantidad de muestras que hemos ido aumentando en la región. Cada caso que se diagnostica es informado rápidamente al paciente para hacer un seguimiento de dicho usuario y para hacer posteriormente el estudio de trazabilidad pertinente. Nuestra positividad se ha mantenido en el histórico bajo 10 por ciento, pero hemos notados que en las últimas semanas ha ido aumentado. ¿Qué hicimos? Mayor cantidad de test. Comenzamos esta semana con los test

masivos. Además, para mejorar y ampliar la capacidad de procesamiento en la región, no solo hemos fortalecido el laboratorio, en conjunto con la Universidad de Atacama, sino que también contamos con un equipo automatizado en el Hospital Regional de Copiapó, el cual se puso en marcha la semana pasada. Además, estamos instalando un equipo automatizado en el Hospital Provincial del Huasco, el cual va a dar cobertura a la provincia de Huasco. Asimismo, estamos recibiendo el equipamiento necesario para contar, en la red asistencial, con el primer laboratorio de biología molecular. Nuestro objetivo central es procesar diariamente, en nuestra región, más de 600 muestras. Hoy día, en julio, sobre 300 muestras diarias se están realizando en la región.

Se realizan 43,5 exámenes por mil habitantes. El 70 por ciento de los casos de pesquisas se realiza desde la atención primaria. Ahí se ha hecho una excelente coordinación con los alcaldes y con los jefes de departamentos de salud municipal. Quiero destacar a Vallenar, porque es la comuna que tiene la capacidad de levantar más muestras. Por supuesto, también estamos trabajando con la comuna de Chañaral para ampliar la capacidad de toma de exámenes.

En materia de tratamiento la preocupación era nuestra gente. Por ello, hemos incorporado un 16 por ciento adicional de gente a la red asistencial, no solo en la atención primaria, sino también en los hospitales, lo cual corresponde a 357 personas que hemos incorporado para las estrategias que he mencionado con anterioridad. Me refiero a médicos, enfermeras, administrativos, kinesiólogos, que han sido incorporados para dar una estructura sólida a la red asistencial y responder a la demanda que tenemos hoy día, no solo en materia de pesquisa y procesamiento de exámenes, sino también en materia de tratamientos.

En sus inicios nos hicimos cargo de la residencia sanitaria, las que ahora están a cargo de nuestra autoridad sanitaria. Partimos con una residencia en la comuna de Copiapó y terminamos con cuatro residencias. Adicionalmente, incorporamos una en Vallenar y una en Caldera. ¿Cuál es la particularidad que tienen las de Caldera y la Vallenar? Que se hizo en acuerdo y alianza con el alcalde y el municipio en Vallenar, y con la alcaldesa y el municipio en la comuna de Caldera, lo cual nos amplió la oferta de residencias sanitarias para cumplir con la estrategia de no solo testear y trazar, sino también aislar de manera adecuada.

La atención primaria ha sido siempre nuestro foco de preocupación. Para ello, no sólo hemos coordinado y realizado las acciones con ellos, sino que también hemos transferido importantes recursos: 1.400.000.000 de pesos, en sus inicios, y 882.000.000 pesos adicionales, dineros que vamos a sumar ahora, para reforzar en recursos humanos y en atención domiciliaria. Sabemos que la base de la atención y el control de la pandemia están en la atención primaria. Los hospitales y sus unidades de cuidados intensivos son la última barrera que tenemos para combatir la enfermedad.

La hospitalización domiciliaria es una tremenda estrategia, toda vez que nos permite llegar a los domicilios de la gente; nos permite brindarles atenciones

en sus localidades, particularmente en sus domicilios. La hospitalización domiciliaria ha sido fundamental, porque nos ha permitido hacer un seguimiento de los casos positivos, hacer un control estricto de los casos diagnosticados, pero también -como lo dijimos hace un mes- nos ha permitido tomar las muestras, haber los testeos en los domicilios y no sólo en hospitales o en centros de salud. En el fondo, esta estrategia nos ha permitido de llegar con el testeo a los domicilios de nuestra gente. Todos los contactos estrechos, en su gran mayoría, son testeados en sus domicilios. El seguimiento se realiza telefónicamente, pero también se realizan visitas presenciales, en coordinación con los equipos de atención primaria. Aquí había dos opciones: o construíamos una unidad con camas, con la cual tendríamos una capacidad de 50 camas, o fortalecíamos la hospitalización domiciliaria, que es una estrategia que ya estaba implementada en el Hospital Regional de Copiapó. Actualmente tenemos 120 camas de hospitalización domiciliaria, lo cual amplía y se suman a la oferta asistencial que tenemos en nuestra red.

Respecto de camas críticas, al inicio de la pandemia teníamos sólo ocho camas UCI, radicadas en el Hospital Regional de Copiapó, y 18 camas UTI. Hoy contamos con 52 camas críticas y las integramos a una red integrada de camas críticas. Hoy contamos con 24 camas UCI y 28 camas UTI, que permiten dar una respuesta a la condición crítica de nuestros funcionarios. Y en materia de ventiladores, al inicio de la pandemia teníamos 18 y, ahora, tenemos 32. De esos 18 ventiladores, 11 eran ventiladores mecánicos no invasivos; ahora tenemos 21 ventiladores mecánicos no invasivos.

También nos permitió implementar una estrategia, que ha sido fundamental para evitar que los pacientes tengan que recurrir a la ventilación mecánica, como son las cánulas de alto flujo. Sólo teníamos dos al inicio de la pandemia, en el Hospital Provincial del Huasco, que eran pediátricas. Hoy contamos con 22, las cuales son utilizadas íntegramente en la Unidad de Tratamientos Intermedios.

Cada vez que hemos tenido un aumento importante de utilización de camas UCI o de camas UTI, reconvertimos y ampliamos la cantidad. Nuestro porcentaje de ocupación de camas UCI está en el orden del 60 por ciento. Cada vez que hemos visto un aumento en la demanda de camas UCI o de camas UTI, hemos ido ampliado nuestra capacidad y nuestra oferta. Por eso, seguimos ampliando la cantidad de camas UTI que tenemos en el Hospital Regional de Copiapó. Muestra de ello es que, por primera vez, considerando que siempre derivamos pacientes a otras regiones buscando un soporte vital avanzado, nuestra región fue capaz de recibir pacientes de otras regiones. Siete pacientes derivados desde la Región Metropolitana se incorporaron a nuestra Unidad de Cuidados Intensivos. Por lo tanto, no sólo mostramos la *expertise* que tienen nuestros equipos médicos, la *expertise* que tienen nuestras unidades de cuidados intensivos, sino que también fuimos solidarios como región con otros pacientes que así lo requerían. Algunos de ellos ya han sido dados de alta y retornaron con sus familias.

A diferencia de la realidad nacional, tenemos un 4 por ciento de hospitalizaciones. Del total de casos de coronavirus, sólo el 1,26 por ciento ha requerido de hospitalización. De los casos activos que tenemos actualmente, sólo el 4 por ciento ha requerido de hospitalización y una demanda de camas UCI del 0,6 por ciento. Eso demuestra que las estrategias de prevención y lo que hemos establecido en un trabajo conjunto con cada uno de los actores de nuestra red asistencial, ha rendido el efecto necesario; pero debemos seguir adelante. No hay que bajar los brazos, y esa es una tarea que tenemos todos.

3.19.- Presidente del Colegio Médico de la Región de Atacama, doctor Carlo Pezo Correa:

Todo esfuerzo es insuficiente si las medidas de contención de casos no se adecuan a la realidad de cada comuna o de cada región.

El ministro de Salud, Enrique Paris, nos ha señalado que habría una especie de leve mejoría en el país, y eso es innegable. Pero -tal como lo mencionó la presidenta de la Sociedad Chilena de Epidemiología, Sandra Cortés, en nuestra mesa social autoconvocada- nuestra región es una de las pocas en la que la pandemia va en alza. Y esto se puede ver a través de los números, que es importante darlos a conocer, de manera de entregar información adecuada y útil. Que somos la tercera región con el número más bajo de casos, es innegable; pero también es innegable que nuestra densidad poblacional no la podemos comparar con la densidad poblacional de la Región Metropolitana, ni de la Región de Valparaíso ni de la Región del Biobío. Por eso, existen las tasas en salud pública o en estadísticas. Las tasas permiten comparar poblaciones de diferente densidad para medir la magnitud de un problema.

El informe muestra la Región de Atacama. Esto corresponde al 11 de julio del presente año. A la izquierda tenemos las prevalencias, es decir, cuántos contagiados tengo por cada 10.000 habitantes. Podemos ver, en rojo -en el sector crítico- a la mayoría de las comunas de nuestra región, como Freirina, Vallenar, Copiapó, Tierra Amarilla, Diego De Almagro y Caldera. Si se fijan, la flecha apunta hacia arriba, indicativo de que la prevalencia ha ido en aumento durante estas semanas y en relación con el informe epidemiológico previo. Eso nos habla de unos números muy importante, que surgen del Re, factor que mide la cantidad de contagios que produce un infectado. Estos números nos van a indicar cómo se está comportando la pandemia, razón por la cual se mide en salud pública el comportamiento de una pandemia.

Evidentemente, en toda la región, no es posible medir en cada comuna el Re, porque la cantidad de contagios es baja, pero eso es prorrateado por la cantidad de habitantes. Sin embargo, en las principales urbes de nuestra región, como Vallenar y Copiapó, tenemos un Re mayor a 1. Eso significa, desde el punto de vista de la salud pública y desde el punto de vista epidemiológico, lo mismo que

nos han reportado la Sociedad Chilena de Epidemiología y la Fundación Ciencia y Vida, y es que hay una expansión progresiva de la pandemia en nuestra región.

La Universidad de Chile ha establecido que son aproximadamente el 50 por ciento de esos diagnósticos. Es importante explicar que eso no es porque el gobierno o los equipos hagan mal su trabajo, sino que es lo que ocurre con toda enfermedad infectocontagiosa. ¿Por qué creen ustedes que hay programas de VIH y test rápido? Porque siempre hay un subregistro, de lo cual va a depender que yo quiera acudir. Por eso es tan importante lo que se ha anunciado por parte del director del Servicio de Salud, en términos de ir a domicilio –por así decirlo- y no esperar a que los pacientes lleguen a nosotros, a los servicios de urgencia. Incluso, como mesa social, hemos recomendado, desde hace más de un mes, ir a los lugares de alta aglomeración como, por ejemplo, ferias libres, cárceles, trabajadores de la minería, actividades agrícolas, cuyo número en la región es bastante cuantioso, y de la salud para buscar a los asintomáticos, que son un potencial vehículo de contagio -recordamos que ellos corresponden al 30 por ciento del total- para nuestra comunidad.

A la derecha del gráfico se muestra la movilidad remanente, calculada por el *Data Science*, de la Universidad del Desarrollo. Con las antenas de celulares, uno pasa de una antena a otra y va registrando, según nos ha explicado Tomás Pérez-Acle. Allí se observa una alta movilidad, no menor de 78 por ciento. Siendo un dato duro, ¿por qué inferimos esto? ¿Por qué ocurre esto en la región? Porque tenemos la medida de restricción de movilidad más laxa que existe, la aduana sanitaria. En este momento, la aduana sanitaria en la frontera, porque las barreras –como se ha mencionado en otras ocasiones por los parlamentarios- son financiadas por los municipios. El alcalde Tapia se puede referir a eso posteriormente. En nuestra región, la movilidad remanente es bastante elevada, si consideramos además que tenemos una alta población minera y agrícola de trabajadores esporádicos. Incluso, según lo que me han dicho, viene la época de la poda, lo que implica traer más gente de afuera a nuestra región. Sin embargo, hasta el momento todos sabemos que el virus no anda caminando por la calle, sino que, según lo que está documentado, lo transmitimos los seres humanos.

En la siguiente lámina tenemos el RE, en cuya parte inferior se muestra el correspondiente a la región. Como se puede ver, la línea punteada es 1. El RE de nuestra región es sobre 1 todo el rato desde hace bastante tiempo. El 11 de abril fue el inicio y el 4 de julio fue la última medición. También tenemos dividida las comunas de Copiapó y Vallenar, que es donde se puede medir más gráficamente el RE por la cantidad de casos, que también sigue siendo mayor a 1. Es decir, es una enfermedad en franca progresión en nuestra región.

Hemos hablado y escuchado las exposiciones del seremi de Salud, del intendente regional y del director del servicio de Salud en torno al tema asistencial de testeo, que no es menos importante, pero los determinantes sociales juegan un rol. En la misma página del ministerio se encuentra establecido que, al parecer, un criterio para hacer un confinamiento en una región o comuna son precisamente los

determinantes sociales. Es innegable que nuestra región tienen bastantes determinantes adversos, como, por ejemplo, zonas de sacrificio con contaminación, según planteó la diputada Cicardini; en la comuna de Huasco, una chimenea en Paipote; los relaves en la ciudad. Para algunos que no conozcan nuestra región, si van al centro de la ciudad se pueden ver los relaves, que son los desechos de las mineras. Por lo tanto, eso impacta en las patologías pulmonares crónicas de nuestra comunidad.

En nuestra región, el 76 por ciento de los campamentos no tiene sistema de agua potable en su casa y se debe acarrear el agua con la ayuda de un camión aljibe. Tenemos otra gráfica en la cual se indica que al 85 por ciento de los campamentos se la lleva un camión aljibe. ¿Qué quiere decir esto? Imagínense cómo vamos a solventar una cuarentena. Evidentemente, una “patita” que siempre hemos pedido como mesa social es un plan sanitario e idealmente una cuarentena, por lo menos, para las comunas de Vallenar y Copiapó. No es una petición popular, ni una encuesta de campo que hemos hecho ni un “twitterazo”, sino una información que ha recomendado la Fundación Ciencia y Vida, del doctor Pérez-Acle, quien trabaja en la submesa de datos covid-19, del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, y de la presidenta de la Sociedad Chilena de Epidemiología, la doctora María Paz Bertoglia.

Podemos ver los PCR informados en la Región de Atacama, que tiene una tasa de 4.388 PCR por cada 100.000 habitantes, en cambio la Región Metropolitana tiene el doble. Por lo tanto, eso también nos deja a la luz de que si mencionamos que somos la tercera región con menos casos, evidentemente, eso debe impactar en cuántos test se están tomando, cuál es mi población y cuáles son los determinantes sociales.

Otro tema importante es la movilización. Hemos tenido denuncias de diversas agrupaciones de juntas de vecinos y de uniones comunales respecto del transporte en las comunas de Caldera y Copiapó, Provincia del Huasco, donde eso no se estaría respetando; además, hay fotografías al respecto. Hemos insistido en que la pandemia implica, primero, humildad para entender que nadie tiene la razón. Todos debemos poner nuestro conocimiento al servicio. Es innegable que la conducción la tiene el gobierno y no nos perdemos en eso. Entendemos que hay un mandato constitucional; sin embargo, en nuestra mesa social conversamos con la comunidad, porque aquella está representada por la Federación Regional de Uniones Comunales y los consejos consultivos de la red asistencial, que sienten poca comunicación, lo cual es sumamente importante. Como integrante de la mesa social, no nos hemos podido juntar -no quiero echarle la culpa a nadie- de manera formal ni con el intendente ni con la autoridad sanitaria, pero debo reconocer que hemos tenido alguna comunicación con el Servicio de Salud de Atacama. Eso debe cambiar; dejemos de buscar culpables si hemos tenido mala comunicación; pensemos en lo que estamos viviendo y en los números que vemos. Qué agradable es escuchar a la intendenta de Región de O´Higgins. Debo decirles a todos que me genera una sana envidia, por cuanto se ve una preocupación. No digo que no la haya en Atacama, sino que debemos

dialogar. Eso es lo que estamos pidiendo desde los gremios de la salud. Incluso, he tenido contacto con la Asociación de la Seremi de Salud, cuyos representantes han manifestado que tampoco tienen comunicación con el seremi. Creemos que los dirigentes, en mi caso como representante de un colegio profesional y de una mesa política, social y sanitaria, donde participan alcaldes y parlamentarios de gobierno y de oposición, estamos llamados a poner por sobre los legítimos intereses personales el bienestar de la comunidad. Hoy la comunidad nos está pidiendo diálogo. Como la comunidad nos valora y considerará como un oído más que la escucha, la mesa social se reunió el viernes pasado.

Hay mucho sentimiento de abandono. Es importante que podamos abrir los canales de comunicación; sin embargo, hay autoridades que han dialogado, como la seremi de Educación. Cuando se produjo el tema del retorno a clases, ella se acercó a nosotros sin que se lo pidiéramos. Me pareció una actitud súper buena, pues ella estaba preocupada de la pandemia, como probablemente también lo están el seremi y el intendente. Ella acordó y eso no tenía por qué publicitarse, pero nos reunimos. Con el director del servicio de Salud hemos participado en mesas técnicas, en las cuales no se discuten temas políticos ni hay mayorías, y finalmente muchas veces las decisiones no son tomadas ni por mí ni por él, sino tanto por los doctores y las doctoras como por los profesionales de la seremi y del servicio que tienen información técnica. Se trata de llegar a una mejor solución.

Creemos que hay medidas que se pueden tomar en la región. De hecho, la semana pasada se estableció de improviso un cordón sanitario, por lo cual felicito al intendente. Esperamos que eso sea permanente, porque nuevamente se viene un fin de semana largo. Es el momento de pensar en la región. No digo que ustedes no piensen, pero hay que hacerlo concreto y escuchar a nuestra comunidad, a los colegios profesionales, a los alcaldes y alcaldesas, más allá de hacer reuniones. Ellos han manifestado en diversos encuentros de diversa índole que reunirse no implica solo dar cuenta ni tampoco estamos pidiendo imponer nuestras medidas a través de una mesa de diálogo o de conversación, porque no es así. De hecho, dentro de las muchas medidas que se están adoptando, si nos hubiesen respondido el documento que enviamos oficialmente a la Intendencia a fines de mayo, uno se puede dar cuenta que la mayoría de esas cosas estaban señaladas ahí. Eso no es porque seamos iluminado, sino porque lo recogimos de los asesores que les mencioné y, además, del comité covid-19.

3.20.- Alcalde de la I. Municipalidad de Vallenar, señor Cristián Tapia Ramos:

Llevamos cuatro meses asistiendo a reuniones sin obtener resultados, así es que los municipios nos sentimos un poquito solos. Todas las medidas que hemos implementado, las hemos tomado nosotros y con recursos propios. En la mayoría de las comunas de la Región de Atacama tenemos controles sanitarios, que no es lo ideal ni todo lo que necesitamos, pero nos hemos visto en la

necesidad. Hemos recibido cero apoyo de parte del Gobierno Regional de Atacama. Por ejemplo, no contamos con apoyo de la fuerza militar o de Carabineros para realizar el control sanitario, principalmente en los buses, por lo que en la Región de Atacama, y en la zona norte, vamos a tener muchos contagios de la minería. Ya tenemos cinco mil trabajadores de la minería afectados. Habría que multiplicar esa cifra, porque por cada uno de los trabajadores, al menos, tenemos diez personas contagiadas. En Vallenar, por ejemplo, el primer contagio proviene de la minería, con una trazabilidad de 28 personas. ¿Por qué necesitamos ese apoyo? Porque, cuando vienen los buses, especialmente del norte, hay empresas que envían a los trabajadores en buses directamente desde sus lugares de trabajos, con quince personas en un bus, bien; en cambio, en el caso del trabajador contratista, lo dejan en el terminal de buses de Calama o de Antofagasta, y después empiezan a llamar por teléfono que en ese bus venían cuatro o cinco contagiados. Somos nosotros los que estamos recibiendo ese reclamo, porque cuando los buses ingresan a nuestras ciudades, no permiten que nuestro personal suba al bus, porque dicen que si subimos es ilegal; sin embargo, si hay un efectivo de Carabineros, de la PDI o de las Fuerzas Armadas, claro que los dejan subir. Llevamos dos semanas en que Carabineros destina, día por medio, a dos funcionarios desde las diez de la noche hasta las doce de la noche. En este caso, los buses se detienen y nosotros podemos realizar el control y darle indicaciones a la gente de la minería. Hace cuatro meses que venimos pidiendo eso.

Lamentablemente, siento que a nosotros, no sé si por ser autoridades locales, no nos toman en cuenta respecto de muchas cosas que vemos dentro de nuestras comunas. Por ejemplo, lo que pasa hoy en el sector sur de la Región de Atacama, con dos trabajos muy importantes que se están haciendo: uno, de instalación de paneles solares en El Pelícano, y otro cerca de Chañaral de Aceituno, con una tremenda planta eólica. Ya en marzo se les dijo que están llegando gente de Santiago y de La Serena, y puede que tengamos un foco de contagio. ¿Qué hicieron las localidades pequeñas como Domeyko, Carrizalillo o caleta Chañaral de Aceituno? Pusieron controles sanitarios y no dejaron entrar a la gente, lo que provocó peleas con el gobierno provincial y con la gente. Finalmente, esas personas se fueron a dormir a Cachiyuyo. La semana antepasada, ¿cuántos contagiados hubo? 42 contagiados entre ambas empresas, de los cuales la mayoría llegaba a dormir a Cachiyuyo. Hicimos la solicitud al seremi, porque nosotros fuimos a fiscalizar, junto con la atención primaria de salud (APS), y detectamos todo lo que estaba sucediendo. ¿Qué pedimos? El cierre de la residencial en Cachiyuyo y la paralización de las obras porque, además de las 42 personas contagiadas, hoy me comunicaron que ingresaron 17 personas más. Es decir, sacamos a los contagiados positivos y traemos más gente de La Serena, de Santiago y de Coquimbo. No discriminamos, porque los trabajadores no tienen la culpa, pues ellos simplemente están buscando trabajo. Pedimos al intendente que oficie a la seremi de Energía para que paralice esos proyectos, porque se han transformado en una fuente de contagio permanente. Lamentablemente, hasta el día de hoy, cero respuesta.

Por supuesto, como señalan alcaldes de comunas como de Caldera, de Huasco y de Freirina, al final, nos agotamos de tener tanta reunión los lunes, porque es ir a dar cuenta, sin recibir una solución. ¿Hasta dónde vamos a llegar? No tenemos la panacea, no vamos a descubrir la pólvora, pero por algo dijimos en marzo que a la región iban a llegar muchos contagios a través de la minería. ¿Por qué? Porque se trasladan en buses de más de 40 personas, llegan a un yacimiento en donde comparten un comedor con 200 o 300 personas, y en el caso del trabajador contratista, muchas veces, conviven en una habitación hasta con cuatro personas.

Por lo tanto, cuando entregamos esos datos duros y antecedentes concretos, y pedimos reforzar el control sanitario, pero lamentablemente no sucede; eso es problemático. ¿Qué le hemos dicho al general de zona del Ejército? Que nos permita crear y armar protocolos de seguridad en cada una de las comunas, porque no es lo mismo implementar toque de queda en la situación actual, que hacerlo en un escenario como el del año pasado, a raíz de un estallido social, con barricadas, saqueos y otras condiciones que, claramente, requería un protocolo distinto. Sin embargo, el toque de queda actual no es con ese protocolo. Implementar un toque de queda en Alto del Carmen es muy diferente a hacerlo en Copiapó, tanto por la dimensión como por la geografía.

Otra frase emblemática del general de zona dice relación con una oportunidad en que le pedimos, en una misma reunión de día lunes, en que estaba el intendente, que cambiáramos el protocolo y lo adaptáramos a cada una de las comunas. Los municipios apoyamos y seguiremos apoyando, como lo hemos estado haciendo, con nuestro equipo de seguridad comunal, en conjunto con la Policía de Investigaciones, con Carabineros y con los militares. Entonces, la frase célebre del general de zona, y lo digo acá: “no voy a cambiar nada de los protocolos, el protocolo lo mando yo”. Entonces, ¿de qué estamos hablando? La pandemia la tenemos que atacar entre todos. De acá no va a salir ningún iluminado que nos diga cómo atacarla.

Nosotros los alcaldes hemos estado dispuestos, por eso asistimos a reunión todos los lunes y participamos en la mesa social autoconvocada de la Región de Atacama, pero es nuestra gente la que está pasando esas necesidades. Hemos sido abandonados por los seremis, no tenemos contacto con ellos. Es preocupante. La propia ciudadanía está haciendo ollas comunes para aquellos niños que, lamentablemente, no están yendo al colegio y que, por ende, no se están alimentando como corresponde. Entonces, ¿por qué no abrir los colegios y que las cocinas, que tienen resolución sanitaria, preparen la alimentación para entregar diariamente, por sector o barrio, a todos aquellos alumnos que no se están alimentando como corresponde? Los municipios hemos asumido esa responsabilidad, entregando raciones diarias de alimento, bolsas de mercadería y todo lo que ustedes han visto en el día a día.

Insisto, hago un llamado para que trabajemos en conjunto, pero trabajar en conjunto no significa que tomen los elementos que les estamos entregando

nosotros, los alcaldes y la mesa social autoconvocada, la anoten en un documento y luego envíen a Santiago un reporte informando que todas las semanas estamos en reunión. O sea, la estadística señala que estamos súper bien, pero qué le decimos a los habitantes de Freirina, que al día de hoy acumula 46 casos positivos y que, en relación con cada cien mil habitantes, es la comuna de la Región de Atacama con más casos positivos, a pesar de ser una comuna pequeña. Vallenar, por su parte, tiene 382 casos y, así, seguimos sumando.

No quiero ser general después de la guerra, pero todas esas cosas por Dios que las dijimos. Creo que es el momento de cambiar el rumbo. Me alegro de que la comisión se haga parte de lo que está pasando en Atacama, porque sentimos que seguimos chocando contra una pared, a pesar de hacer un tremendo trabajo. El trabajo de la APS ha sido espectacular, de lunes a domingo, tomando exámenes, y el trabajo de los hospitales. Doy fe también del contacto que hemos tenido con el director del Servicio de Salud de Atacama, Claudio Baeza, con quien tengo contacto a diario, y nos toman en cuenta, pero lamentablemente los demás no nos toman en cuenta. Sinceramente, pido que se cambie el rumbo en la Región de Atacama.

Estamos dispuestos a sentarnos a conversar miles de veces, a buscar miles de soluciones y el apoyo de los municipios en un ciento por ciento para atacar esta pandemia.

3.21.- El Secretario Regional Ministerial de Salud de Atacama, señor Bastián Hermosilla Noriega:

Primero que todo, quiero aclarar que en las aduanas sanitarias dispuestas en Incahuasi y Chañaral no se controla solo la temperatura, sino que también se revisan los antecedentes del pasaporte sanitario. Es el caso de una revisión que se hizo el día de hoy y que dio cuenta de un paciente que se dirigía a nuestra región siendo contacto estrecho. En la revisión fue detectado y, en coordinación con la región vecina, se le derivó a su región de origen, con las medidas de aislamiento correspondiente, para que diera cumplimiento a su cuarentena. Además de la toma de temperatura y del control de pasaporte sanitario, se hace una entrevista en la que se consulta sobre la aparición de la sintomatología, que es el mismo cuestionario que se hace en los centros de atención. Por ejemplo, se les consulta por la presencia de dolor de cabeza, dolor muscular, dificultad para tragar o dolor de garganta. Junto con ello, se genera el *screening* positivo, o sea, con la presencia de uno de estos elementos se determina el paciente con un *screening* positivo y se coordina su traslado al Hospital Provincial del Huasco, cuando corresponde a Incahuasi, o al Hospital de Chañaral, cuando es de Chañaral, para realizar la muestra. Ahora, si el paciente no tiene residencia en la región, es trasladado a nuestras residencias sanitarias para que dé cumplimiento a la cuarentena.

Ahora, ¿por qué es importante seguir controlando siempre la temperatura? Porque la temperatura también da muestra de un avance en el

cuadro clínico de la persona, en la cual su capacidad de contagiar a otras personas es más alta. Por ende, al detectar a una persona con fiebre, esa sintomatología puede dar cuenta de que su capacidad de contagiar a las personas es más alta y debe ser aislada, amén de generar, de forma inmediata, las medidas de control respecto del riesgo de las personas que pudieran ir viajando junto con esta persona con fiebre. Además, también da cuenta de requerir una atención más especializada, porque lleva un cuadro más avanzado de su enfermedad.

Respecto de la consulta sobre las fiscalizaciones que se hacen en preventivo, tal como se señaló en la exposición, nosotros hemos realizado un despliegue de fiscalización aleatoria en las áreas con mayor aglomeración dentro de las comunas de Copiapó, Vallenar y Caldera, de manera de fiscalizar a las personas que están en ese momento en las zonas más concurridas, como las zonas céntricas, y determinar si estas personas estarían dando incumplimiento a alguna medida de aislamiento. Son operativos que se realizan en coordinación con las diferentes Fuerzas de Orden y Seguridad Pública, léase Carabineros y la PDI, con el apoyo del Ejército. En uno de esos operativos, en una feria libre, se logró identificar a tres personas que eran contacto estrecho. Estas personas fueron detenidas y trasladadas a una residencia sanitaria para que dieran cumplimento a su cuarenta, y no pusieran en riego a las personas que circulaban en la feria libre.

En esos operativos, que son recurrentes, que se están realizando y se van a seguir realizando en las zonas céntricas, se llega, por ejemplo, en Copiapó, a un total de más de 2.100 personas controladas; en la comuna de Vallenar, más de 1.150 personas, y en la comuna de Caldera, 118 personas controladas. Esos operativos se van a seguir realizando, porque tienen como fin, no solo fiscalizar, sino que también, en la misma instancia, educar a las personas sobre el porqué de las medidas de fiscalización y, además, orientarlas en el sentido de que, si no está realizando un trámite o no están haciendo algo estrictamente necesario, vuelvan en forma oportuna y rápida a sus hogares, espacio en el que, por cierto, estarán más seguras.

También se nos preguntó sobre las diferentes acciones de fiscalización que realizamos en el ámbito privado. Al respecto, llevamos más de 344 fiscalizaciones, amén de 91 reuniones preventivas, que tienen como fin revisar en terreno las condiciones de los protocolos sanitarios y de salud ocupacional que se están llevando a cabo. Las reuniones preventivas también se enmarcan con las altas gerencias de las empresas y sus mutualidades, para que estas últimas asuman un rol conducente y de relación en la asesoría para las diferentes medidas que van tomando y cómo las van implementando, concorde con la realidad que tienen las diferentes empresas. Esas reuniones, que las seguimos realizando, las generamos no solo de forma individual con la empresa, sino también con sus diferentes gremios productivos, como la Cámara Chilena de la Construcción; la Corporación para el Desarrollo de la Región de Atacama (Corproa); el Comité Regional de Seguridad Minera (Coresemin); la Asociación de Productores y Exportadores Agrícolas del Valle de Copiapó (Apeco), además de

otro tipo de instancias, en los cuales buscamos explicar la importancia de las medidas y conocer sus visiones y planes de acción para el corto y mediano plazo.

Hasta la fecha se han cursado 188 sumarios por las medidas que llevan a cabo las empresas, de un total de 344. Eso da cuenta de una alta presencia de medidas correctivas que se están llevando a cabo.

Por último, respecto de las preguntas consultas sobre el apoyo o la coordinación con los diferentes municipios, nuestro equipo mantiene una constante comunicación con los equipos de las direcciones de salud municipal, dado que está en el corazón de la estrategia clave que estamos desarrollando en nuestra región. A mediados de abril, nuestra región comenzó un trabajo en conjunto con la atención primaria, para realizar la vigilancia sanitaria y el seguimiento de los casos con los equipos de vigilancia epidemiológica dispuestos en los centros de atención. Nuestro equipo creó una plataforma para centralizar este trabajo.

Por último, este trabajo se ha visto fortalecido, en la última semana, con una transferencia total de 85 millones de pesos, recursos distribuidos en las diferentes comunas para fortalecer aún más las capacidades de los equipos de atención primaria. Esta semana tenemos también la retroalimentación de la modificación de los planes estratégicos para el proceso de seguimiento y trazabilidad que se van a encadenar con nuestra estrategia regional.

3.22- Intendente de la Región de Atacama, señor Patricio Urquieta García (segunda comparecencia):

En primer lugar, se refiere a las afirmaciones del alcalde Tapia, que afirmó que el aporte del Gobierno había sido cero. Eso no puedo entenderlo, porque cero es muy distinto a más de 7.000 millones de pesos que se han entregado a los municipios, o que están en vías de entrega, que es el caso de los fondos del gobierno regional. Desde el Ministerio de Salud se han entregado más de 730 millones de pesos a los municipios de la región. Desde la Subsecretaría de Desarrollo Regional se han entregado más de 2.224 millones de pesos a los municipios de la región. Desde el fondo solidario se han entregado más de 1.370 millones de pesos a los municipios de la región. Finalmente, desde el gobierno regional se han aprobado y están en vía de entrega más de 2.800 millones de pesos. Tenemos más de 7.000 millones de pesos en dirección a los municipios, o ya entregados, y que en el fondo revelan una cifra muy distinta al 0 planteado por el señor alcalde anteriormente mencionado.

Respecto de las propuestas de todos los actores, que han sido muy bien recibidas y analizadas por un comité de expertos, y en el que se ha citado en alguna oportunidad al doctor Tomás Pérez Acle, quien forma para del mismo, que analiza la situación de las regiones y que en el fondo después propone medidas relacionadas con la situación sanitaria de las regiones y ver cómo se enfrenta de acuerdo con la estrategia planteada por el Ministerio de Salud.

Tengo la propuesta que en alguna oportunidad recibí del Colegio Médico, la que dice que con fecha 18 de marzo, lo siguiente: Lo que hay que hacer para poder prevenir es cerrar todas las empresas, cerrar los centros educativos y deportivos, cerrar todo el comercio, los lugares de entretenimiento, las instituciones públicas y de espacios públicos así como los parques. Lo importante es reducir al mínimo la interacción social y también las aglomeraciones para que no pueda circular el virus. Estas propuestas son analizadas. Están firmadas por cinco alcaldes y un parlamentario; además, por el Colegio Médico. Son analizadas por el comité de expertos, que integra también el doctor Pérez Acle, quien fue citado en diversas ocasiones por la mesa que dirige el Colegio Médico. Desde luego, todas las propuestas que se realizan por la sociedad civil son bien consideradas y bien recibidas. Son analizadas por este comité de expertos para darle viabilidad, si es pertinente, y que el remedio no termine siendo peor que la enfermedad.

Respecto de las personas que se encuentran en cuarentena se han hecho más de 3 mil controles por parte de la autoridad sanitaria. Nuestra tasa de positividad regional, identificada por los científicos de la Universidad de Atacama, tiene un 14 por ciento promedio en nuestra región. Además, todas las medidas que se puedan tomar en relación con la pandemia tienen un fundamento estrictamente sanitario que se recomienda de acuerdo con la opinión de los científicos. Podría algunas personas pedirlas, podrían no pedirlas, pero si es pertinente la media se va a tomar de igual manera. Cada vez que nos han pedido solicitar una medida en particular, diariamente solicitamos que las autoridades de Salud, y fundamentalmente el comité de crisis, analice todas esas propuestas para ver si son posibles de implementar.

También veo que hay muchas personas que están interesadas en cambiar la estrategia, porque usted se da cuenta que ahora muchas personas saben de epidemiología, de virología, y resulta que la exministra de Salud dijo que ni siquiera ellos, que son expertos, saben. Sin embargo, todos tienen muchos estudios y todos saben respecto del área, pero en la región yo conozco a pocas personas que saben del tema.

Destaco al doctor César Echeverría, jefe del Laboratorio de Biología Molecular, de la Universidad de Atacama, quien es una de las personas que sabe del área, conoce los datos y sabe de qué manera se puede avanzar en este sentido. Como les digo, también forma parte de una comunidad científica, de la cual forma parte el doctor Pérez Acle, quien integra a su vez el comité de expertos que asesora al Ministerio de Salud.

En cuanto a la duda sobre un riesgo en el funcionamiento de las obras públicas, puedo decir que estamos avanzando con una estrategia de testeo masivo que va a permitir llegar a distintos lugares, según las condiciones del desarrollo de las actividades, para identificar casos de contagio positivo. Y

finalmente hacer lo que corresponde según la estrategia, pesquisar oportunamente, trazar los contactos y luego aislarlos.

Fundamentalmente, todos nuestros esfuerzos están volcados a mejorar nuestra capacidad de testeo. Por eso, tanto el sector público como el sector privado se han dedicado a fortalecer las capacidades regionales que surgieron gracias a la iniciativa de los científicos de la Universidad de Atacama, para levantar un laboratorio en la región que nos permitiera tener mayor celeridad en la respuesta o procesamiento de las muestras; también mayor capacidad desde el punto de vista del número de procesamientos o muestras que se pueden alcanzar, y hoy vamos en 1,5 por mil. Tenemos el desafío de llegar a 2.0 por mil, lo que en el fondo nos podría en un nivel muy superior, relacionado y vinculado al estándar que tienen los países desarrollados, lo cual es una muy buena noticia, y esto gracias al esfuerzo que han hecho tanto el personal de salud como la Universidad de Atacama. Reitero, lo importante es fortalecer esa estrategia, que ha sido concordada con todas las personas del ámbito de la salud, que es testear, trazar y aislar.

Pocas veces hay disposición a recibir lo que está haciendo el gobierno, con la asesoría de los expertos, que dicen que hay testear, trazar y aislar. En consecuencia, tiene que ser un diálogo bidireccional en el que no solamente se acepten las propuestas de quien se sienta con nosotros a la mesa, y que siempre son invitados, sino que también se comprenda cuáles son los alcances de la visión que tienen tanto nuestro gobierno como también las autoridades de Salud y la comunidad científica para tomar algún tipo de decisiones.

Por eso, pido que tengamos claridad. Las reuniones claro que son bidireccionales, y nuestro único espíritu es compartir tanto los alcances que tiene el avance de esta pandemia como también nuestra disposición a recibir todas las propuestas, y naturalmente que sean analizadas por el comité de expertos, pero eso en ningún caso significa que podamos aceptar una imposición de parte de un integrante de la sociedad civil como la única medida para salvar este escenario que tiene afectado al mundo, a todo el país, y también a nuestra región, y que gracias al esfuerzo de muchas personas somos una de las regiones que tiene menor tasa de positividad, menor número de contagios, y eso es gracias al esfuerzo de todos, y lo quiero agradecer no solamente al personal de Salud, que ha sido tremendamente importante, sino que también a los municipios, a la sociedad civil y al sector privado, el cual ha hecho una colaboración muy importante. Asimismo, agradecer a la comunidad en general, porque en su gran mayoría cumple.

3.23.- Rector de la Universidad de Chile, doctor Ennio Vivaldi Véjar:

VER PRESENTACIÓN

En primer lugar, destaco que la Universidad de Chile es una institución pública, fundante de la República y parte del Estado chileno. Por esta condición, nuestro deber es aportar con propuestas constructivas que cohesionen a la ciudadanía, y enfatizar que hoy estamos atravesando un momento que requiera contribuciones desinteresadas, guiadas más por la racionalidad que por la exasperación. Este es el contexto que me gustaría que primara en todo el diálogo, del cual me siento honrado de poder participar. Quiero destacar que la pandemia llega a Chile con una suerte de aviso, pues ya había golpeado en Asia y en Europa. Es necesario meter este factor en la ecuación para entender la temática que a ustedes los hace convocarnos, cuya situación es muy especial por el estado de movilización social que vive el país.

Quiero enfatizar que una pandemia debe ser confrontada convocando a los más diversos actores de la sociedad. Por lo mismo, desde un comienzo se levantaron demandas de amplios sectores que pedían generar instancias que permitieran, por una parte, intercambiar ideas en torno a las medidas sanitarias y económicas que se requerían y, por otra, hacer accesible la información relevante, para evaluar la evolución de la pandemia y la efectividad de las medidas que se iban a asumir.

Primero, respecto de convocar actores, el gobierno responde prontamente convocando a parte de esos actores, como municipalidades, universidades y organismos de trabajadores y profesionales, principalmente del área de la salud, con el objeto de participar en la Mesa Social Covid 19, a la cual nosotros nos sumamos felices y entusiastas.

Segundo, el tema datos, desde los ministerios de Salud y de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación de Chile se van creando mesas técnicas, las que con más o menos facilidad van generando un ámbito de mayor accesibilidad a los datos.

Pensamos que hoy es crucial una reflexión. Por lo mismo, desde la Universidad de Chile hemos insistido desde el comienzo en que la pandemia viene a hacer evidentes los problemas estructurales de la sociedad chilena, relacionados con desigualdades socioeconómicas y el errado énfasis que ha habido, durante mucho tiempo, en la atención curativa hospitalaria por sobre la salud preventiva territorial. Aunque ya se ha transformado en un tema común en la reflexión, creo importante mencionar que una pandemia es como un experimento en las ciencias empíricas, en que ponen situaciones extremas que permiten tener acceso a conocimientos que no teníamos en la cotidianeidad. Esto ha ocurrido acá, porque nos hemos dado cuenta de muchas cosas. Eso habría de verse dramáticamente confirmado en la medida en que fuimos conociendo las cifras de contagios y mortalidad de manera consistente, con indicadores y según determinantes sociales en distintas comunas, como pobreza, hacinamiento y trabajo informal.

Había una experiencia de otros lugares. Un caso estereotípico fue lo que ocurrió en Nueva York, ya que cuando la pandemia atacó en Long Island fue

bien poco el impacto, pero cuando se trasladó a El Bronx fue terrible, porque allí había hacinamiento, estaban los *homeless,* etcétera. Allí el impacto fue totalmente distinto, y algo así comenzamos a vivir en Chile.

Por último, la pandemia también reveló la segmentación que existe entre los sistemas públicos y privados. Entre paréntesis, lo más probable es que gran parte de la dificultad que había para publicitar datos se debía precisamente a la segmentación del acceso entre los sectores públicos y privados y la dificultad que tenían las seremis para manejar los datos que provenían del sector privado. Voy a insistir, por principio, en no presuponer intencionalidades aviesas en nadie, pero está claro que durante mucho tiempo no se entregaron datos importantes; además, muchas de estas cosas se veían en instancias superestructurales, tan completas como la que acabo de mencionar.

Para nosotros es muy importante destacar que la universidad desde un comienzo ha impulsado la estrategia de testeo masivo, trazabilidad y aislamiento basado en la atención primaria en salud, porque consideramos que es la calve del éxito de esta operación. Recabando la experiencia internacional, nos hemos dado cuenta de que esa ha sido la clave para ganarle a la pandemia en todas partes. Asimismo, hemos aportado modelamientos de la propagación del virus, incluyendo el análisis de los efectos de medidas alternativas, para ofrecer desde la academia a la autoridad política fundamentos para sus decisiones y que se cumpla con entregar justificaciones convincentes a la población. Esto tiene que ver con una mejor democracia; eso también lo hemos enfatizado mucho.

Es importante para la academia, en la medida en que pueda y hoy podemos hacerlo como nunca antes, decir: mire, podemos modelar situaciones y señalar que si se toma tal o cual decisión, va a pasar tal cosa; por ejemplo, la vuelta a clases va a significar tal o cual cosa. Y eso podemos hacerlo, porque tenemos muchos datos de los estudiantes, como sus lugares de residencia, dónde estudian. Eso permite una toma de decisiones más científica, lo cual es importante para ustedes, como Poder Legislativo. Lo que hoy se les puede ofrecer desde las universidades, no necesito decirlo, porque es otro lugar común en todo el mundo, pero las palabras que estoy diciendo en ningún caso se deben interpretar como una suerte de tecnocracia o que hay una suerte de aproximación científica, porque la política, evidentemente, es un espacio no reducible ni a las ciencias matemáticas, ni de ningún otro tipo, porque es otro contexto y otro ámbito. Habiendo dicho eso, claro que es importante que la autoridad, cuando tome decisiones y las comunique a la población, lo haga con un fundamento que la población pueda entender y convencerse.

Hemos presentado una primera versión del documento: Bases para una comunicación de calidad en tiempos de pandemia; información, confianza y reducción de incertidumbre en el contexto del estado de excepción, desigualdad social y pandemia. Este documento también lo hemos preparado a pedido de la Mesa Social Covid 19, porque creemos que el rol de los medios es clave y que es útil que como país conversemos sobre ello. El tema de hacer disponible la

información, que estuvo presente en varias de las preguntas. Esto es muy importante: se auditaron datos desagregados espacial y temporalmente. El lugar y el momento son clave. Se auditaron datos con granularidad fina -es decir, con una fineza de resolución espacio-temporal- y con recopilación de varios elementos relevantes en la historia de los pacientes. Mientras más desagregados los datos, los modelos son más útiles y confiables y se puede generar una mejor aproximación al problema. Así se ha pasado desde una desagregación nacional y regional a una de nivel comunal y barrial. El avance hacia este nivel de desagregación ha sido más lento de lo que esperábamos, pero ha estado ocurriendo, y ya hemos tenido acceso a la base de datos de Epivigila y a otros sistemas del Ministerio de Salud. Ahí ha habido avances importantes.

Un elemento positivo a destacar es que la mesa técnica de datos se ha constituido como un espacio de encuentro técnico de la comunidad científica. Esta es una iniciativa que tomó hace poco el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación de Chile, a la cual fuimos convocados nosotros, la Universidad Católica y la Universidad de Concepción, ayudando así en la coordinación de la iniciativa, a compartir el conocimiento, a fomentar la colaboración entre las universidades y la interacción entre los centros de investigación. Esto va a ser muy útil en las próximas semanas.

Una de las cosas de las que estamos más orgullosos como universidad es que, a pedido de la Mesa Social Covid 19, hicimos una propuesta de salud mental, que consideramos fundamental, la cual que fue recogida por el Presidente de la República, quien convocó el programa presidencial “SaludableMente”, que está teniendo mucho auge y repercusión. Al respecto, quiero señalar que la salud mental es un factor clave para atenuar el golpe de la pandemia. El problema es cómo nos “pilla” la pandemia como sociedad, y es distinta una sociedad más o menos sana mentalmente para recibir el golpe, como también lo es la forma como reaccionamos cohesionados para revertir el efecto del impacto. Hoy lamentamos no haber reaccionado a tiempo a datos objetivos de incidencias de depresión y adicciones con sus condicionantes socioeconómicas y etarias, pues Chile tiene cifras muy preocupantes de depresión en general, de depresión en jóvenes y de otros temas. Por ejemplo, hay sectores de la población mucho más golpeados por la depresión, como es el caso de los sectores socioeconómicos bajos, sobre todo en las mujeres de nivel socioeconómico bajo. Estos son temas sobre los cuales teníamos los datos, por lo que deberíamos haber reaccionado, y lo mismo podemos decir acerca de las adicciones, que claramente también juegan un rol en estos días.

Entonces, enfatizamos el carácter territorial e intersectorial, incluyendo los medios de comunicación y de educación, de los programas de salud mental. Hicimos notar aquellos segmentos específicos de la población que estaban particularmente expuestos, como los pacientes con patologías siquiátricas, todo el personal de salud, el tema de las mujeres expuestas con maridos que pudieran incurrir en actos constitutivos de violencia intrafamiliar, etcétera.

Se trabajó junto con la Universidad Católica de Chile y después las dos universidades convocamos a muchas otras universidades. La Universidad Católica y la Universidad de Chile participamos en estas propuestas en educación, que fueron muy bien recibidas por el ministerio del ramo, y que tienen que ver con el trabajo interuniversitario que se refiere al bienestar de las comunidades escolares; a la priorización curricular, o sea, a aprender cómo uno puede optimizar el uso del tiempo o de las posibilidades que uno tiene cuando no dispone del tiempo normal para aprender; los ajustes en la evaluación, en la gestión, y la tarea de educación remota. Contiene recomendaciones para enfrentar la crisis sanitaria en el sistema educacional y dar relevancia al bienestar emocional de la comunidad educativa. El jueves 23 de julio se presentará un segundo informe, que se llama “Didácticas para la proximidad, aprendiendo en tiempos de crisis”, y “Liderazgo escolar, aprendiendo en tiempo de crisis”. Será la segunda entrega de este grupo.

En atención primaria en salud, que consideramos que es de la mayor importancia, hemos puesto de relieve la importancia de la atención primaria. A la Mesa Social Covid-19 presentamos los resultados de la primera encuesta contestada por 204 centros de atención primaria y 45 municipios, para monitorear el desempeño de la estrategia de lo que se llama TTA, o sea, el Testeo, la Trazabilidad y el Aislamiento. Esta semana presentaremos los resultados de la segunda encuesta. La universidad ha impulsado fuertemente la capacitación en la atención primaria con más de 2.000 personas en cursos de salud mental, liderazgo y trabajo en equipo, y más de 3.000 personas formadas en trazabilidad en el curso que imparte la Escuela de Salud Pública y cursos disponibles a través de internet por las plataformas Coursera y You Tube. La universidad ha apoyado la estrategia de trazabilidad, concretamente, más de 150 internos nuestros se distribuyeron en 30 centros de atención, en 11 comunas de la Región Metropolitana y otros 140 estudiantes se han insertado como voluntarios en nuestra región.

Todas las comunidades de la Universidad de Chile han aportado desde sus diferentes saberes. La eficacia con que nuestro país pasó a un sistema de docencia y trabajo on-line en la educación superior, y hago notar que este es uno de los motivos en que hemos sobresalido como país lo que ha sido reconocido internacionalmente por la Unesco y otros organismos internacionales, es importante para valorar las universidades tradicionales, pues al igual que en muchas otras materias, como salud y educación, el área de informática es un área de la cual la Universidad de Chile está particularmente orgullosa.

Recuerdo que fui parte de un equipo dentro de la universidad que en la década de los 80, desde el Instituto de Salud hizo la primera comunicación internacional de Salud y fue con el *National Institute of Health* y con el *National Library of Medicine*. Desde ese momento comenzó un proceso en el cual nuestro país siempre ha estado en la avanzada de la informática aplicada a temas de educación y de la sociedad. Hoy eso se ha mostrado como decisivo porque ningún otro país lo ha logrado. Para hacer una comparación, en otros países 6, de 50,

han sido las universidades que tenían la posibilidad de trabajar on-line, o la mitad cuando mucho, por lo que Chile ha sido realmente un ejemplo en eso.

Hemos puesto al servicio nuestro equipamiento e infraestructura, así como nuestras competencias científicas, profesionales y técnicas, tanto de los académicos como de los funcionarios, para enfrentar una de las amenazas a la salud más graves que ha vivido nuestro mundo contemporáneo. Esta iniciativa es muy importante. Nuestra casa de estudios, la Universidad de Chile, con las Universidades Católica de Chile y la Universidad de Concepción han instalado una iniciativa conjunta, la plataforma de indicadores llamada I-COVID, la que será publicada esta semana, y en la cual se presentará información clave del seguimiento de la pandemia. El uso de indicadores y de umbrales para tomar decisiones robustas debe considerar intervalos de confianza explícitos dando relevancia a la información territorial. Debemos evitar usar indicadores como los promedios globales pues no reconocen un elemento clave que es la heterogeneidad existente en los territorios, lo que se da tanto en las comunas de una región como en los barios existentes en una comuna.

Nuestro hospital se reconvirtió como un centro vital volcado a enfrentar la pandemia, triplicó la cantidad de camas de cuidado intensivo llegando a tener más de 120 camas críticas. Agradecemos las contribuciones realizadas desde el ámbito privado que permitieron hacer esta reconversión. El hospital se ha hecho presente en distintos centros de todo el país. Notablemente, por ejemplo, Padre las Casas tenía una excelente infraestructura recién entregada, pero su personal no tenía capacitación para manejar Unidades de Cuidados Intensivos, por lo que enviamos un equipo que capacitó al personal local. Ha tenido más de 700 altas de pacientes covid-19, 80 por ciento del sector norte de la Región Metropolitana y la universidad ha apoyado en el TTA el testeo, cuadruplicando la capacidad para hacer PCR.

La Universidad de Chile está comprometida en la mitigación y superación de la pandemia a nivel nacional y regional, poniendo a disposición del país todas sus capacidades para enfrentarla. Seguiremos aportando a través de la investigación, análisis de datos y la creación de conocimiento necesario para la toma de decisiones por parte de las autoridades. La dolorosa experiencia de la pandemia debe hacernos reflexionar acerca de las múltiples falencias de nuestro sistema económico, social y sanitario. A la vez, nos permite valorar haberes no tangibles que supimos preservar, como la calidad de la formación de nuestros profesionales de la salud y de nuestros científicos de modelamiento matemático, con especial énfasis en la calidad de nuestros expertos en salud pública. Debemos aprender de esta adversidad para proyectar una mejor sociedad de cara al futuro.

La Universidad de Chile, como institución, es parte del Estado. Por lo tanto, no es una pieza en el ajedrez de la política contingente, y nosotros como institución, sin perjuicio de que desde luego nuestros académicos y con muchísima mayor razón el movimiento estudiantil, los funcionarios, pueden tomar

las posiciones políticas que quieran; nosotros, como Universidad de Chile, somos parte del Estado y nuestro deber es colaborar con el resto del Estado, con ustedes.

En el caso de lo que ocurrió con el ministro Couve, había mucha molestia en sectores de académicos por no disponer de datos. Si la pieza clave de no disponer de datos era del ministro o no, es una cosa que tendrán que juzgar terceros, no yo. La impresión que tuve cuando interactué con el ministro es que en él nunca observé una predisposición a ocultar dato alguno, y eso lo dije públicamente. Si el hecho simbólico, más que mediático, que algunos pudieron haber buscado en cambiar al ministro para enfatizar las fallas que percibían en la entrega de datos, ellos toman las decisiones que quieran. Pero en instituciones como la Academia Chilena de Ciencias, por lo menos dos rectores nos pronunciamos por decir que no nos parecía, puedo decir que no había en el ministro una predisposición a ocultar datos. Si así hubiera sido, lo hubiera dicho por los canales internos del Estado, y se lo hubiera hecho saber personalmente a él, antes de hacer cualquier declaración pública. Pero quiero enfatizar muy fuertemente en la diferencia que hay en una universidad pública, en la manera de interactuar con un gobierno, cualquiera sea su signo político, independiente de lo que el rector de la universidad pueda pensar de la ideología del gobierno. Ese es otro cuento totalmente distinto. La universidad como tal no es parte del ajedrez político y va a actuar siempre con lealtad hacia la institución o ante la institucionalidad de la misma. Eso marca mucho lo que he dicho respecto del rol que le ha cabido a la universidad en cuanto a institución se refiere.

Una para que nadie peque de ingenuo, porque una cosa es no tomar partido en temas de contingencia política, y otra es ser de una extrema ingenuidad. Si me permiten un comentario más general, creo que aquí ha habido un problema muy *sui generis*, muy de Chile, que no se da en ninguna otra parte del mundo. Quizá, Estados Unidos podría ser la excepción, por su elección presidencial próxima, pero en general no se da en el resto del mundo, y es que había, si se quiere, un desprestigio de la institucionalidad. Por lo tanto, sería totalmente esperable que ante esa circunstancia el gobierno, que estaba en esa posición, hiciera un intento por mejorar su imagen. Si eso condicionó o no, ya no me corresponde a mí, porque eso es juzgar intenciones en algunas de las conductas. Claramente me quedo con una opinión, en una conversación circunstancial, con una académica nuestra, quien dijo: el problema es que no se dejan ayudar. Esa podría ser una reflexión como para retenerla, en términos de que hasta qué punto no había un esfuerzo por demostrar una capacidad y dejar en claro que las descalificaciones que había sufrido el gobierno no tenían fundamento, porque éramos capaces de llevar adelante este proyecto, o sea, la solución de este problema. Eso está en el ámbito de juzgar intenciones, pero también sería demasiado ingenuo de mi parte que no lo hiciera notar.

Voy a hablar de otro tema clave y es hasta qué punto no se quiso dar o no se disponía realmente de la información. Creo que la fragmentación del sistema público-privado conspiró contra una posibilidad de organizar datos. De hecho, una

cosa muy interesante que surge en la necesidad de coordinar los esfuerzos en ambos sectores, cuestión que dijo en algún momento el propio exministro Jaime Mañalich, con mucho énfasis, hablando de camas críticas, cuando se hablaba de la falta de camas críticas, como también cuando se habló y eso no se habló mucho, en verdad. Pero el tema no es tanto como una voluntad de ocultar información sino una dificultad de poder juntar toda la información, por la forma cómo era manejada por los sectores privados y la disponibilidad que de ello podía tener los seremis. Eso fue una cosa que también conspiró mucho y, por lo tanto, creo que hay que tenerlo presente antes de precipitarse a juzgar una mala intención o un deseo de engaño, de ocultamiento o de que no se sepa.

Muy importante es lo que se dijo en otras preguntas sobre la metodología del DEIS. Con mucho orgullo, la doctora Danuta Rajs, quien es una gran salubrista de la Universidad de Chile, jugó un rol fundamental en crear todos los sistemas de estadísticas, de mortalidad y la tremenda importancia que tiene la planificación sanitaria en cualquier país, y tenemos una muy buena estructura. De nuevo planteo un problema general presente en otras preguntas que ustedes formularon, que es una cuestión muy importante, que es el tema de voluntad y definición. En Chile, en algún momento, había tres definiciones que tenían que ver con el tema de mortalidad o cómo uno evalúa la mortalidad. Probablemente para el sentido común, la forma más obvia es decir cuánta mortalidad mayor a la esperada tenemos y cuánto de ese aumento de la mortalidad es atribuible al covid-19, entendiendo que estos datos estadísticos se dan en un tema complejo, porque un paciente puede que muera por ser portador de una patología crónica de base, pero ocurre que evidentemente esa patología no hubiera desencadenado el fallecimiento si no hubiera estado infectado o si el virus no hubiera encontrado ese terreno de base donde podría hacer mucho más daño que el curso natural que esa patología hubiera tenido. Análogamente, uno también puede preguntar, incluso, si están castigados los datos por cuanto muchas causas de muerte la cuarentena misma las disminuye, accidentabilidad y muchas otras cosas.

Lo fundamental es que en Chile había distintas definiciones. Tampoco estoy diciendo que haya habido intencionalidad alguna. Efectivamente, contestando anticipadamente algunas preguntas que me hicieron, me enteré de las cifras escuchando al ministro de Salud, Enrique Paris. Se dio el caso que cuando él comunicó las nuevas cifras, yo estaba invitado para hablar en La Moneda sobre el proyecto SaludableMente y ahí supe que bajo otras perspectivas las cifras de mortalidad eran distintas. Insisto, no creo que haya derecho a juzgar intencionalidad. Por lo menos, yo no lo hago. Ustedes podrán interpretar como quieran las discrepancias que había entre las distintas formas, que es una cosa que técnicamente sí es explicable y se pueden dar los antecedentes. El trabajo del DEIS es lejos el más confiable y el que más fácilmente permite decir hasta qué punto la pandemia es causa de la muerte y, por lo tanto, también juzgar el mejor o peor manejo de la pandemia y cómo haya repercutido.

La Mesa Social creo que ha sido muy importante, pero claramente no es una instancia que tenga actas, lo cual probablemente sea útil que ustedes lo

representen. En mi opinión, probablemente la Mesa Social ganaría si hoy hubiera representantes del Parlamento. En algún momento se invitó a la presidenta del Senado y yo lo sugerí. Podría ser útil que hubiera integrantes del Congreso Nacional en la mesa como representantes permanentes -un tema que la mesa tendrá que decidir-, pero esa no es la situación hasta ahora. Sin embargo, lo más importante creo que la mesa es una instancia de intercambio de opinión. Ha sido muy enriquecedor recíprocamente para nosotros escuchar el nivel de preparación. Las opiniones muy responsables de los alcaldes, por ejemplo, han sido muy relevantes. La Mesa Social ha sido una instancia muy valiosa, pero ella no toma acuerdos que vayan a ser transmitidos, pues no es válido decir que este fue un acuerdo o no de la mesa. A tal punto que un problema es que no hay actas y que no se toman acuerdos que comprometan a nadie, en particular a autoridades de gobierno, las dos versiones que se dan respecto de esto pueden ser defendidas por quienes la sostienen. Por una parte, la subsecretaria de Salud, Paula Daza, tiene razón en decir que hace una semana, en una reunión de la Mesa Social, ella presentó las ideas del gobierno que implicaban un llamado a la cautela, mucho mayor del que se había empezado hasta entonces en relación con un proceso que tenía que ser gradual y que tenía que ver con el desconfinamiento. Ella conversó sobre esto, se le hicieron preguntas, y tuvieron un intercambio de ideas al respecto. Por otra parte, la presidenta del Colegio Médico, en sentido estricto, también tiene toda la razón cuando dice que el plan mismo que se presentó no es un plan que hubiera sido conocido y que cuente con una suerte de aprobación o discusión previa como plan explícito por parte de la Mesa Social. Quizá esa ambigüedad las dos partes, en el punto que hacen lo pueden defender.

Lo mejor, sería que la Mesa Social tuviera como costumbre tener actas y tomar acuerdos y comunicar los acuerdos como Mesa Social. Eso prácticamente no ha existido y uno de los impactos más relevantes que hemos tenido es que el Presidente de la República haya recogido nuestra propuesta de salud mental y la haya transformado en un programa como SaludableMente. Pero eso es porque el Presidente de la República quiso hacerlo, no porque de la Mesa Social apareciera como un determinante para que así se hiciera.

Yo visitaba a países vecinos en la década de los ochenta y nosotros ya teníamos una infraestructura de internet que no estaba prácticamente en ningún país latinoamericano. La Universidad de Chile jugó un rol muy importante, y el área de salud en el acceso a bases de datos y correos electrónicos, etcétera. Sin embargo, nosotros nos hicimos un punto muy categórico cuando recién empezó el tema de la pandemia en marzo, en el sentido de que no íbamos a hacer nada que no estuviera al acceso de todos nuestros estudiantes, por principio. No íbamos a dejar que ningún estudiante quedara fuera, y era un requisito. En ese sentido, tuvimos apoyo de distintas instituciones para que los estudiantes que no tuvieran cuenta de internet, o que no tuvieran Tablet o que no tuvieran el material adecuado, pudieran recibirlo y garantizamos acceso tanto a la conectividad como a la infraestructura técnica para todo nuestro estudiantado. En ese contexto comenzamos a desarrollar una muy buena docencia de emergencia, porque valga también la aclaración, es distinto un programa que se dice desde la partida que

queremos hacer un curso *online,* y este va a ser un curso *online,* a que como no podemos hacer el curso presencial no nos queda otra que hacerlo *online* y tendríamos que adaptar cosas propias de la presencialidad, en la medida de lo posible a los cursos *online*, que terminó en gran parte siendo el caso. En eso nos sentimos muy satisfechos. La verdad es que todas las universidades chilenas, en mayor o menor medida, estuvieron a la altura. Por lo menos yo respondo por todas las universidades del Cuech (Consorcio de Universidades del Estado de Chile), que siguieron los mismos principios de las universidades estatales y los cumplieron. Nosotros sacamos manuales, y en muchas otras universidades hicieron lo mismo, lo que fue un ejemplo para el resto del sistema. Creo que en el nivel universitario eso anduvo muy bien. Lo mismo con el trabajo en línea y todo lo demás. En el resto del sistema educacional creo que las diferencias de oportunidades son abismales. El descuido que ha habido con la educación pública en los niveles básicos y medios es increíble en las últimas décadas, y eso es una tremenda deuda que hay que reparar ahora. Nosotros como Universidad de Chile estamos muy preocupados.

El cuanto al énfasis con el TTA, diría que ahí uno puede decir hasta qué punto hay una mejor o peor comprensión, voluntad y manejo de parte de las autoridades correspondientes del gobierno, pero también quiero hacer notar que en estos casos se paga un precio por políticas que se han mantenido por bastante tiempo porque en Chile se ha privilegiado la atención en los hospitales, preocupándonos más de lo que pasa con el enfermo que llega a requerir de una medicina curativa que lo que debimos habernos preocupado por lo que fue una tradición muy hermosa en Chile, que es el tema preventivo, de cómo uno se maneja a nivel de la población para educar y prevenir en salud y para tener ahí una primera barrera de contención.

Creo también que es válida la crítica de que se privilegió que los pacientes no se murieran en los hospitales cuando llegaban, que hubiera ventiladores, etcétera, por sobre ir a las poblaciones a trabajar en los territorios, trabajar con las municipalidades, trabajar intersectorialmente, trabajar con los medios de comunicación para prevenir los brotes y evitarlos. De nuevo, no solo se paga un precio por una política errada, que privilegia lo hospitalario por sobre lo comunitario, sino también se paga un precio por las tremendas desigualdades en cuanto a condiciones de hacinamiento, de convivencia que existen en nuestro país, y evidentemente eso se refleja en las tasas de letalidad, que en buenas cuentas una vez más, como tantas veces ocurre en salud, el factor crítico en cualquier cosa es el nivel socioeconómico.

Por lo tanto, estoy de acuerdo, no hubo el énfasis debido en TTA. Buena pregunta, hasta qué punto era un tema de voluntad o hasta qué punto habíamos descuidado tanto nuestra infraestructura comunitaria, que eso dificultaba hacer las cosas mejor.

Respecto del plan de desconfinamiento, más que contestar, creo haber hecho una apreciación de lo que ocurrió. En el tema de la última cama, de nuevo.

Por eso, al principio, señalé cuál era el carácter de la Mesa. Si nos dicen que la Mesa es la que dispone del tema, pero eso no está en la Mesa implementarlo ni decir cómo se harán las cosas de aquí en adelante. La mesa toma acuerdos y los entrega y, como le digo, puede ser, como ocurrió con el Presidente de la República, y saludablemente, que se recogiera esta iniciativa, pero lo que ocurre con lo otro ya no es cuestión de la Mesa.

Respecto del test de saliva, nunca hemos conocido datos que lo validen; por lo tanto, no puedo opinar sobre eso. No conozco datos que recojan ni anticuerpos ni virus en saliva y que sean válidos. Por eso, no puedo pronunciarme en cuanto a su uso.

En lo relativo a ensayos terapéuticos, puedo responder al ciento por ciento que, por principio, en el hospital jamás se va a usar un método terapéutico que no esté debidamente probado, con todas las exigencias que se requieren en la profesión médica y que son conocidas por todos los que conozcan el ámbito de la salud. No conozco lo que se haga en hospitales privados, pero, por lo menos, respondo por el hospital universitario, que nunca va a utilizar un método que no esté probado, confirmado y recomendado por la literatura mundial, y jamás -como ha habido sospechas en otros países- va a haber influencia de quienes proveen determinados fármacos en los modelos de atención terapéutica.

Respecto a la OMS, las Naciones Unidas, por lo menos en lo que hemos tenido que participar, ha estado preocupada de esto. Respecto a la OMS y OPS hemos escuchado las opiniones que han entregado las autoridades locales. Creo que el representante de la OMS ha tenido una participación activa en la Mesa y ha retransmitido las opiniones, las directivas y los datos que emanan de la OMS y de la OPS; ha tenido cuidado en no inmiscuirse en opiniones valorativas, por lo menos en el seno de la Mesa, respecto de la gestión que ha habido en Chile. En general, creo que se ha limitado a hacer entrega de información internacional y a dar su opinión como experto, cuando se han debatido temas.

Los datos son muy importantes y, al respecto, podríamos pedirle al prorrector, Alejandro Jofré, quien está presente acompañándome, que nos aportara sobre la materia, ya que proviene del área de modelamiento matemático. Alejandro Jofré fue director del Centro de Modelamiento Matemático por mucho tiempo. Creo que lo que se está haciendo con el tema covid-19 va a ser crucial en cuanto a tener más y mejores datos, sobre todo para apoyar la toma de decisiones, particularmente los fundamentos para la toma de decisiones, que es lo más importante, que no se trata de un capricho, que no obedece, desde luego, a otros intereses de cualquier tipo que pudieran haber encubiertos. Hemos avanzado mucho en el manejo de datos y tenemos mucha información. Una fuente de información, que en España probó ser extraordinariamente útil a la hora de ver, sobre todo, contactos y posibilidades de contagio adicionales, fue conocer los contactos que tenían las personas, vía los datos anonimizados de los teléfonos celulares. Fue muy importante obtener ese consenso y ese apoyo en España, en momentos que eran críticos.

No sé que la universidad esté participando en un trials de vacunas en estos momentos, pero sí puedo decir que hemos sido muy activos en el tema de vacunas. Es así que nuestra Vicerrectoría de Investigación, cuyo vicerrector pertenece al ámbito de la investigación biomédica en temas de inmunidad y afines, y el profesor Miguel O'Ryan, que es una persona muy relevante internacionalmente en los temas de infectología, entre muchos otros, han estado muy preocupados de los temas de vacunas, etcétera. Aquí también puedo comprometer algún informe con precisión respecto de lo que conversamos. De hecho, muy tempranamente hicimos llegar al gobierno un informe, porque el Presidente de la República, en una reunión presencial en ese tiempo, nos había hecho saber su interés por conocer de vacunas. Este informe, que se lo podemos hacer llegar, hace referencia a las vacunas que se estaban actualizando en el mundo, sus características y las prospectivas que tenían.

Las cuarentenas parciales tienen sentido en la medida en que haya fundamentos de que las diferencias sean relevantes. Por eso, he enfatizado en varios puntos de la presentación y en mis respuestas, que tiene que haber un manejo de datos desagregados. Ese era el principal problema desde la partida. Más que ocultar datos, el problema siempre estuvo en que el grado de desagregación de los datos es clave. Uno tiene que saber no que hay tantos casos en la región tanto, sino que ojalá supiera de los casos en los barrios mismos. Por eso, es muy importante que el proceso garantice la anonimización de los pacientes y de sus contactos. Este factor es clave. Por la misma razón, esta segmentación hubiera sido mucho mejor en retrospectiva, pero –a lo mejor, en esto los médicos somos parcialmente cuidadosos- uno tiene respeto por quienes tomaron decisiones, aunque estas demuestren no haber sido las más acertadas, porque uno tiene que partir de la base de que la intención es siempre salvar la vida humana y que las decisiones, hayan sido mejores o peores, no involucran una negligencia consciente por parte de quienes tomaron las decisiones.

Sin embargo, no cabe duda alguna de que se debió haber actuado con mucha más energía en materia de confinamiento y cuarentena. Probablemente, hubiese sido mucho mejor que estas no hubieran sido parciales o comunales, sino que cubrieran más sectores de la población. Insisto nuevamente en que el tema de la infraestructura que teníamos en la base, nuestra atención primaria en salud, la capacidad de manejo que teníamos desde los consultorios, pasa a ser una cosa muy importante en eso.

En resumen, la Mesa Social Covid-19 está compuesta por gente muy bien intencionada que la convocó, tanto desde los ministerios del Interior y Seguridad Pública, Salud y Ciencia Tecnología, Conocimiento e Innovación, y ahora, recientemente, la incorporación del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. Sin embargo, creo que el trabajo podría ser más formal, con actas, por ejemplo, o bien acuerdos o propuestas más categóricas de lo que hoy se ha hecho.

Por lo tanto, reitero el llamado, junto con expresar la voluntad de la Universidad de Chile para que trabajemos en conjunto, cohesionados como país, y seamos capaces de convocar a toda la ciudadanía, por cuanto se trata de un tema trascendental del cual debemos tomar con calma y de manera reflexiva las lecciones que nos quedan para nuestro futuro próximo.

3.24.- Ministro de Salud, doctor Enrique Paris Mancilla (segunda comparecencia):

Respecto del Comité de Crisis, este se reúne todas las mañanas con el Presidente de la República, con los subsecretarios y con diferentes especialistas en epidemiología para revisar las cifras del día. De vez en cuando envío algunos de los informes. Hoy envié el informe a varios diputados y senadores. La situación actual es relativamente estable, en el sentido de que hay una disminución, a nivel nacional, de los casos nuevos de menos 9 por ciento y de menos 17 por ciento en siete y catorce días, respectivamente. Tenemos una tasa de positividad de la reacción de polimerasa en cadena del 8 por ciento; es decir, estamos bajo el 10 por ciento que en algunos parámetros exige la Organización Mundial de la Salud (OMS) para tomar medidas, y la cantidad de exámenes que se está haciendo sigue siendo alta. Hoy se reportaron más de 24.000 exámenes a nivel nacional, teniendo hasta el momento 1.697.558 exámenes de PCR tomados a nivel nacional, con una tasa por millón de habitantes de 84.804, la más alta de Latinoamérica. Esa tasa no es la más alta del mundo. Ahí hubo un error; probablemente, en algún momento alguna autoridad dijo que era la más alta del mundo. No es así. Es la más alta de Latinoamérica, y la letalidad afortunadamente sí es baja a nivel nacional; sin embargo, a nivel de la Región Metropolitana, la letalidad es un poco más alta, está acercándose al 2.9 por ciento. A nivel nacional es de 2.67 por ciento.

El otro punto importante es que a nivel de regiones se nota una leve mejoría, sobre todo en Arica, Tarapacá y Antofagasta, donde han ido disminuyendo los casos. Por ejemplo, en Arica bajaron de 75 a 59; en Atacama subieron levemente, pero no a la tasa que estaban subiendo hace una semanas, y tuvimos un pequeño brote en Magallanes. El brote se produjo debido a que es bien difícil manejar las pesqueras y algunas industrias relacionadas con la salmonicultura. Basta que una persona se enferme, pues van a almorzar todos al mismo comedor, para que rápidamente se contagien muchas personas. En realidad, son 23 nuevos casos en Punta Arenas, lo cual no es mucho, pero como se trata de una población menor, influye mucho en las cifras. Arica sigue siendo la región que tiene más tasa de incidencia actual a nivel nacional, pero estamos observando una caída de 14 por ciento de los casos nuevos en Arica en los últimos siete días.

El Comité de Crisis se reúne todas las mañanas y sobre la base de esta información se van tomando decisiones. Por ejemplo, en el caso de Talcahuano, decidimos decretar un cordón sanitario debido al debido al aumento que estaba ocurriendo en la zona, pero no hemos tomado nuevas decisiones. Respecto de la

semana del minero, por el día de San Lorenzo, tuvimos que hacer un cordón sanitario similar a lo que hicimos con La Tirana. Hoy día reportamos 99 fallecidos. Hace varios días que estamos bajo los cien fallecidos, afortunadamente. Tenemos 1.762 casos nuevos de covid-19. También hemos detectado menos de 2.000 casos diarios, hace varios días. Sin embargo, el país todavía tiene una cantidad muy importante de casos: 361.493. Se encuentran hospitalizadas 1.419 personas, 235 en estado crítico, y eso ha ido bajando permanentemente. Recuerden que en algún momento tuvimos más de 500 personas en estado crítico. Tenemos liberados 568 ventiladores.

Creo que a nivel latinoamericano deberíamos comenzar a dar una señal de poder trabajar en conjunto. Imagino que alguno de ustedes pertenece al Parlamento Latinoamericano o tiene algún contacto. Es importante dar esa señal con respecto a la ventilación mecánica o a los pacientes críticos o al tema de las vacunas. Deberíamos tener un trabajo conjunto a nivel latinoamericano. Lo propongo como un tema de trabajo.

Con respecto al comité de expertos, el ministro que habla, la subsecretaria Paula Daza y el Presidente de la República nos reunimos hoy con el comité de expertos en pandemia. Las críticas, o las sugerencias más bien del comité de expertos en pandemia, fueron que idealmente mejoremos la trazabilidad, para lo cual se está trabajando muy fuertemente tratando de coordinar a los seremis con la atención primaria; además, que se agilice el test de saliva y los test rápidos de antígenos, no de anticuerpos.

Hay dos temas que me preocupan respecto del mejor manejo de la pandemia. Uno es la trazabilidad. Estamos poniendo mucha fuerza y empeño en eso, tratando de coordinar mejor con la atención primaria, y a través de las seremías hemos reinstalado la sala de crisis o mesa de crisis. Todas las mañanas el jefe de gabinete se reúne, a través de internet, con los puntos focales de todas las regiones del país, y va interrogando qué pasa aquí, qué pasa allá y por las infecciones. Estamos preocupados porque en tres hospitales de la Región de La Araucanía tenemos brotes intrahospitalarios. En Temuco, en Victoria y en Pucón. También hay que reforzar el tema de las infecciones intrahospitalarias. Tengo una reunión en un rato más para ver ese tema. Le pedí al doctor que está cargo, que es un médico subrogante, que me haga un informe hoy mismo, y tiene que entregármelo en la tarde, sobre las infecciones hospitalarias a nivel nacional, porque algo tenemos que mejorar en ese aspecto. No es lógico que dentro de los hospitales tengamos infecciones intrahospitalarias porque eso nos hace perder una cantidad importante de funcionarios, y hay que hacer el seguimiento de dónde viene esa infección. Puede ser que tenga que ver con los EPP, pero no creo. Las otras investigaciones han demostrado que la infección se produce en el comedor, en la sala donde ellos se reúnen. Desgraciadamente, también algunos se juntan a fumar, a pesar de que no deberían fumar, y ahí se producen contagios. Estoy muy preocupado por ese tema.

A pesar de todo eso, las cifras son bastante promisorias. Dije en una oportunidad, y me criticaron los infectólogos, que durante la pandemia por coronavirus los otros virus prácticamente no iban a circular, y es así. La curva para el 2020 de los virus respiratorios, diferentes al coronavirus, está bajísima. A esta altura del año pasado teníamos 12.696 casos de virus respiratorios reportados a nivel nacional por el ISP, es decir, influenza, adenovirus, parainfluenza, virus sincicial, en fin. Ahora, tenemos un 10 por ciento de esos. Solamente se han reportado 1.159 casos de virus respiratorios no coronavirus. Es por eso que hemos acordado no cerrar todas las camas de intensivos. Hicimos un aumento hasta del 400 por ciento en el sistema público. En el privado fue menor. Vamos a mantener un aumento cercano al 300 por ciento justamente para evitar esa probable avalancha de pacientes que nos lleguen en el futuro.

En las comunas que hemos hecho pasar a transición es increíble como hemos podido manejar mejor la trazabilidad. En Colina tenemos solo 5 pacientes nuevos. Están todos en domicilio. En La Reina tenemos 6 pacientes nuevos, todos identificados y en domicilio. En Las Condes, 9 pacientes nuevos, todos identificados, con edad, 2 en residencia sanitaria y otros en domicilio. En Lo Barnechea tenemos 2 pacientes nuevos, y también están identificados. En Ñuñoa tenemos 15 pacientes nuevos, todos identificados, con sus edades, domicilios, y están en residencia sanitaria o en su domicilio. En Til Til no tenemos. Esto al día 1 de agosto, va un poco atrasado. En Vitacura, solo 5 pacientes nuevos.

En la Región de La Araucanía tenemos más pacientes identificados y todos están contactados. Están en su domicilio, en hospitalización o en residencia sanitaria. Tunemos 47 pacientes en La Araucanía; en Los Ríos, 8 pacientes, todos identificados al 3 de agosto -ahí estamos más al día-; en Aysén, al 3 de agosto, cero paciente nuevo, afortunadamente. Es decir, curiosamente, en los lugares donde tenemos transición ha sido mucho más fácil hacer el seguimiento, amén de que la autoridad ha podido estar más encima de los pacientes. Esto no quiere decir que vayamos a pasar a todas las comunas a transición, pero sí nos ha permitido un manejo más estricto.

En cuanto al plan de desconfinamiento, sí fue presentado con todo detalle a la Mesa Social Covid-19 por la subsecretaria de Salud Pública. Yo también lo presenté, incluso envié la presentación en *powerpoint* a la Mesa Social Covid-19 cuando me tocó asistir. También es verdad el tema de las actas. Ha sido una discusión permanente de la Mesa Social Covid-19 si se llevan actas o no, pero no me compete a mí tomar esa decisión. La Mesa Social Covid-19 fue organizada y sus integrantes fueron invitados por el exministro Blumel, ministro del Interior de la época. Entre paréntesis, los integrantes de la Mesa Social le agradecieron mucho en una carta que publicaron ayer en un medio de comunicación nacional, por su buena actuación. Creo que no hay acuerdo respecto de las actas dentro de la Mesa Social Covid-19, y por eso no se han tomado. Si llegan a acuerdo unánime, porque no es cosa de votar, seguramente, se harán actas. Ahora, no hay nada raro ni nada que ocultar; están las presentaciones de todas las entidades y los acuerdos, en el sentido de los

documentos que se han escrito, como salud mental, la última cama, problemas éticos, en fin. Todo ha quedado por escrito. Más aún, no tengo por qué defender a la mesa porque ya no pertenezco a ella; incluso, tiene una página *web* donde aparece publicado todo lo que se ha tratado. Por tanto, si además de eso hay que hacer un acta, tienen que definirlo ellos. No es mi responsabilidad.

Por otra parte, hemos llevado la trazabilidad, como les dije, muy estrictamente en las comunas que están en segunda etapa o en etapa de transición. En general, los periodistas hablan de desconfinamiento como si fuera un solo paso, y no es así. Primero, como estipula este Plan, se parte en cuarentena; segundo, transición; tercero, preparación; cuarto, apertura inicial, y, quinto, apertura avanzada. Entonces, como pueden ver, la cuarta etapa es el desconfinamiento. No es que se pase de cuarentena a desconfinamiento de la noche a la mañana. Como señalé, para cada paso hay parámetros que hay que tomar en cuenta, cosa que hemos conversado con la mesa, con el grupo de expertos. Dichos parámetros son: ocupación de UCI regional, ocupación de UCI nacional, el R tiene que ver con la velocidad de contagio, es decir, si hacemos más test, si encontramos más pacientes positivos, que es lo que ha ocurrido en los últimos 3 o 4 días, en donde hemos hecho casi 24.000 test por día, vamos a tener más pacientes positivos y, obviamente, trazarlos y buscarlos. Eso hizo aumentar el R durante 2 o 3 días, pero nuevamente volvió a bajar. O sea, el R es la velocidad con que una persona es capaz de contagiar a otra persona o a dos o tres más, pero ese es un índice que se ha mantenido alrededor de 1 y -1 en muchísimas de las regiones del país.

El otro tema que se toma en cuenta es la positividad regional de la PCR, que a nivel nacional alcanza el 8 por ciento, lejos de lo que tuvimos al comienzo, que fue del 40 por ciento en algunas regiones. Obviamente, hay dos o tres regiones, sobre todo las del sur, que desgraciadamente todavía tienen la PCR más alta, y que tenemos plenamente identificadas. Las PCR más altas se sitúan en Arica -12 por ciento-, no es tampoco más alta que el 10 por ciento que da la OPS para alguna región, para algunos parámetros. Por ejemplo, Tarapacá, el 12 por ciento de PCR; Antofagasta, el 14 por ciento; Atacama, el 13 por ciento, y de ahí hacia abajo todas las regiones tienen el 10 por ciento o menos. La Región Metropolitana, el 7 por ciento; O'Higgins, el 8 por ciento; Maule, el 6 por ciento; Ñuble, el 4 por ciento; Los Ríos, el 4 por ciento; Los Lagos, el 4 por ciento; Magallanes, el 5 por ciento. Es decir, estamos por debajo de lo que se pide, incluso, el Comité de Expertos del Ministerio de Salud, en pandemia, para pasar de la etapa de cuarentena a una de transición, solicita el 10 o menos por ciento, y nosotros solamente hemos pasado a transición las comunas que ustedes conocen.

Para preparación pide el 5 por ciento, pero no tenemos ninguna comuna en preparación; para pasar a apertura inicial, pide menos de 3 por ciento, y Aysén, que está en apertura inicial, tiene cero; Los Ríos, tiene el 4 por ciento, pero tuvo el 2, es decir, eso va cambiando.

Por lo tanto, el factor R sí es importante, pero depende de la cantidad de exámenes que se hacen. Los transportes están totalmente bajo el control del Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones, pero he pedido que otros ministerios contribuyan más al manejo de la pandemia y no solamente Salud. Incluso, hemos hecho un trabajo muy importante con la ministra de Transportes y Telecomunicaciones, señora Gloria Hutt.

El paso a paso laboral recién lo presentamos hoy en la reunión de prensa del mediodía. Eso corresponde al Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Subsecretaría del Trabajo, y consiste en medidas o controles muy estrictos que deberían cumplirse en el caso de que alguna empresa quiera avanzar en ese tema. Tampoco es una autorización para llegar y abrir, todo lo contrario, se ponen parámetros en el paso a paso laboral, simulando a lo que es el paso a paso existente en materia de Salud.

En cuanto a las vacunas, son 12 vacunas las que se estudiaron, de las cuales 3, ahora hay 4, están en etapa de ensayo clínico: la Sinovac, la CanSino, la AstraZeneca con Oxford y la de Moderna, que la semana pasada pasó a etapa de ensayo clínico. ¿Qué fue lo que pasó? Un consorcio de universidades, pero liderado por la Universidad Católica aceptó hacer el ensayo clínico en Chile, no es que eso signifique que estamos avalando esa vacuna. Como usted sabe muy bien, las vacunas en Chile las maneja el Comité Asesor en Vacunas e Inmunizaciones (Cavei) o el grupo asesor de vacunas del propio Ministerio de Salud. Nosotros, claramente, dijimos que hay que diferenciar lo que hace el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación de lo que hace el Ministerio de Salud. Nosotros hacemos la parte técnica en el sentido de que el Ministerio de Salud es el que seleccionará la mejor vacuna, la más barata, la que tenga menos efectos adversos, se haya hecho los estudios en Chile, en China, en Japón o donde se quiera. Estamos estudiando vacunas en Inglaterra, en Alemania, en Estados Unidos y dos vacunas en China, pero finalmente el que decide es el equipo técnico del Ministerio de Salud, no otras personas, ni grupos. Ellos están en la parte de la investigación lo cual me parece muy bien, además existe un proyecto para instalar una empresa que embase vacunas en Antofagasta, una iniciativa estupenda que nos permitiría comprar vacunas a granel, incluso, instalar en jeringas precargadas para tener una mayor facilidad y entrega de vacunas no solo a nivel nacional, sino también latinoamericano.

La seremi de la Región de O´Higgins renunció, pero no tengo información del motivo de su renuncia. Incluso, está a punto de cerrarse el concurso del director del servicio, por lo que creo que vendrá una época de mayor estabilidad, pero debemos buscar un nuevo o una nueva seremi. Estoy al tanto de esa dificultad, por lo que vamos a solucionar el tema a la brevedad. Ahora bien, en la Región de O´Higgins las medidas que se tomaron han dado resultados por cuanto han bajado sustancialmente los casos.

Por otra parte, me preocupa el tema de la infección intrahospitalaria, por lo que le pedí al director nacional encargado de Infecciones Intrahospitalarias,

doctor Corsini, que me enviara hoy mismo el informe de todo lo que está ocurriendo a lo largo de Chile.

De a poco me he ido empoderando de lo que significa manejar el ministerio, pero lo vamos a solucionar. No solo hay en Temuco infecciones intrahospitalarias por covid-19, sino también en Pucón y Victoria. En cuanto a la trazabilidad está todo programado, me lo enviaron hoy. Tengo en mi poder el programa completo, además de lo que agregué anteriormente; tengo los datos de Las Condes, Colina, Vitacura, Ñuñoa, La Reina, Lo Barnechea, Tiltil, San Felipe y San Antonio, por lo que está todo trazado en este minuto, gracias a que entraron en etapa de transición. Por lo tanto, nos ha sido mucho más fácil llevar el control en las comunas que entraron en la etapa de desconfinamiento, como las que entraron en etapa de transición. La variación en todas esas comunas, en menos de siete días, es negativa. Es decir, curiosamente, han disminuido los casos con excepción de Vitacura, Lo Barnechea y San Felipe, por lo que estamos haciendo todo el esfuerzo para manejarlo a la brevedad.

En cuanto al teletrabajo, me reuní con un sindicato interno del ministerio y a nadie se le está obligando a dejar el teletrabajo. Llegué a un acuerdo con ellos de una mesa de diálogo para decidir, en conjunto con ellos, cómo vamos a avanzar en ese tema, respetando obviamente a las mujeres embarazadas, a los adultos mayores o a aquellos que tengan enfermedades crónicas preexistentes, quienes van a seguir en teletrabajo. Lo coordiné con los sindicatos.

Respecto del plan Paso a Paso debo señalar que hemos recibido información de la mesa de expertos de otros países. ¿Qué ha pasado en otros países? Lo que causa más aumento de los casos, aunque uno vaya paso a paso, es abrir los lugares de esparcimiento relacionados con el alcohol. O sea, si se abren los pub, los restaurantes y los lugares donde se consume alcohol, ahí se produce inmediatamente un aumento muy importante. Ahora, si abren los casinos y los lugares donde hay actividad lúdica, también desgraciadamente. Así que tenemos la comparación con otros países, estamos muy preocupados, y espero que no vayamos a cometer esos errores. Obviamente, lo que más tarde vamos a abrir van a ser justamente ese tipo de establecimientos.

Respecto de Atacama, la verdad es que viene disminuyendo en los últimos 14 días. Había un aumento del 99 por ciento, y en este momento el aumento de los casos bajó a un 45 por ciento, afortunadamente. Me referí a los test de PCR positivo, que están en un 13 por ciento en Atacama. No me referí al aumento o al porcentaje de casos nuevos. Los casos nuevos siguen en aumento, pero con menor velocidad que antes.

Recordemos que una empresa tiene vacunas de diferente tipo, como H1N1, influenza, es decir, un montón de vacunas; es una empresa que produce vacunas desde hace muchos años y no creo que vaya a fallar, aunque todo puede suceder. Bueno, el compromiso es que nos permite acceder a 20.000.000 de dosis de vacuna para los chilenos. Eso está dentro del acuerdo y por eso que el ensayo

clínico se va a ser acá. ¿Y por qué se hacen a los profesionales de la salud? Porque son los que necesitan más la vacuna y si, Dios mediante, es efectiva, como creo que sí lo será, van a quedar protegidos. Ese es el punto. Esto es voluntario, si no se alcanzan a juntar 3.000 profesionales de la salud que quieran participar en el estudio, se van a abrir cupos para el resto de la población. La idea, dada la experiencia de este centro de investigación y producción de vacunas chino, que ha tenido éxito y que, además, ya tiene probada la vacuna, está en fase 3 y los estudios demuestran que tiene alta productividad de anticuerpos, o sea, no tiene efectos adversos severos, es dar esa "ventaja" a los profesionales de la salud, para que queden con anticuerpos en contra del coronavirus.

No se está despidiendo a ninguna profesional de la salud, a ninguna enfermera. Puede que uno o dos funcionarios hayan tenido que salir, pero por otros motivos. Les recuerdo, y creo que les dije, que llegué a un acuerdo con la Dipres, y lo firmé hace diez días o hace una semana: se está pagando el incentivo al retiro. Había gente estaba enferma o que quería retirarse, pero por otros motivos, y se está pagando el incentivo al retiro a los funcionarios de salud. Es un tema que venía arrastrándose desde el año 2019 y es probable que alguno de esos profesionales se haya acogido al incentivo al retiro para poder descansar. Es una plata extra que paga el Estado, distinto de la jubilación, según el sistema de previsión que tenga, para que puedan recibir una cantidad extra importante de dinero, como un "premio" a su dedicación al sistema público de salud.

Respecto de la retoma de las cirugías electivas, eso está dentro de los grupos de comunas que van a entrar en la etapa de desconfinamiento, me refiero a las regiones de Aysén, Los Ríos y La Araucanía. En esas regiones se acuerda, se facilita o se autoriza a comenzar con cirugías electivas. Recuerden que hay más de 2 millones de personas en listas de espera de especialidades, además de 220.000 cirugías en espera; hay muchas GES y no GES. Este es el segundo efecto de la pandemia y lo tendremos que solucionar en algún momento.

Les pido que, cuando se discuta en la ley de Presupuestos la Partida de Salud, el Ministerio de Hacienda nos mantenga un presupuesto adecuado, porque esto no va a ocurrir el presente año. Probablemente, calculamos que en diciembre podríamos estar en estado de régimen, si es que baja la pandemia, pero vamos a tener que esperar todo el próximo año para lograr bajar esas listas de espera, que son gigantescas. Para ello vamos a necesitar presupuesto, a fin de contratar gente y hacer funcionar los pabellones fuera de horario, sábados y domingos; o sea, hay que hacer una carrera contra el tiempo para tratar de bajar esa lista.

Además, es importante mencionar que esta pandemia nos ha dado la posibilidad de hacer una integración público-privada. Vamos a mantener dicha integración, pero a costos fijados por nosotros, por el Estado, por el Fonasa, respecto de lo que nos puedan cobrar las instituciones privadas de salud. En eso hemos estado trabajando. Me he reunido varias veces con la Asociación Gremial Clínicas de Chile para clarificar esas situaciones y también con el Fonasa para clarificar el tema GRB, es decir, los costos que van a significar esas prestaciones.

3.25.- Intendente de la Región de Arica y Parinacota, señor Roberto Erpel Seguel:

En la Región de Arica y Parinacota hemos estado pasando por momentos muy complejos en relación con el aumento en la positividad de los casos con covid-19, pero hemos estado trabajando como equipo. Incluso, con nuestra seremi de Salud, Beatriz Chávez, y con la directora del Servicio de Salud, habíamos iniciado un trabajo previo, en el sentido de prepararnos frente a una situación que se nos pudiese complejizar, sobre todo en el área hospitalaria.

Hay un trabajo que hizo la directora del Servicio de Salud respecto de establecer lugares específicos para las personas con covid-19, donde establecimos también un lugar para la atención de personas no covid. También, hace pocos meses, habilitamos un centro de salud familiar para personas, en este caso, no covid, y ahora un Eleam, que está con su infraestructura terminada, también se puso a disposición para generar mayor infraestructura hospitalaria en el caso de que se necesite para acompañar y ayudar en esta línea de acción.

También, nosotros, como gobierno regional, a través de una actitud muy positiva con nuestros consejeros regionales de todos los ámbitos, hicimos una gran inversión con fondos regionales para acompañar a nuestro recinto hospitalario y al Servicio de Salud con la compra de cinco ambulancias. Iniciamos el proceso de compra en marzo y hoy el hospital regional cuenta con estas cinco nuevas ambulancias: tres con características de 2 x 2, en cuanto a tracción, y dos de doble tracción o 4 x 4 –*Four Wheel Drive*- para cubrir toda la región. Además, hemos comprado con fondos regionales 29 ventiladores mecánicos que van a permitir entregar su aporte. Han llegado bastantes de estos, más del 50 por ciento ya están instalados. Hay una serie de equipos y equipamientos que hemos estado poniendo a disposición de nuestro hospital regional, el único hospital que tenemos en nuestra región.

En nuestras tres comunas, la población es muy baja con muchos adultos mayores, pero se nos generó de pronto un clúster con un comunero que bajó a la ciudad de Arica, quien se contagió y contagió a un grupo de personas de estas comunas; pero gracias a Dios hemos ido superando esta etapa y en este instante no tenemos mayores contagios en las comunas rurales. El fuerte se ha estado dando en la ciudad de Arica. En este contacto permanente, y el trabajo colaborativo que hemos tenido de parte del ministro de Salud, señor Enrique Paris, y su actitud siempre ha sido propositiva.

Hemos tomado medidas que, a veces, no son muy populares, pero hemos tomado medidas regionales, como la restricción vehicular del 50 por ciento, porque teníamos una gran movilidad y esperamos que pronto tengamos resultados. Actualmente, nos quedan 20 días de la segunda cuarentena que se decretó en nuestras ciudades del radio urbano, y una de las situaciones que ocurrieron es que la gente sale del confinamiento pensando en que el covid-19

había desaparecido, siendo este un claro ejemplo de lo que no se debe hacer cuando salimos de la primera cuarentena, en la que no teníamos el Plan “Paso a Paso”, con el cual se busca salir del confinamiento, pero de forma progresiva. Sin embargo, estamos tomando medidas; el Ministerio de Salud, a través de nuestra seremi de Salud, ha comprado equipamiento para realizar más exámenes. Hay una gran cantidad de exámenes que se están realizando y hemos hecho un trabajo colaborativo con el señor alcalde y la comuna de Arica, en que se traspasaron los recursos para que se tomen muestras y para que empiece a trabajar en la trazabilidad.

La semana pasada se contrataron aproximadamente 50 técnicos, o profesionales que nos van a ayudar para realizar las fiscalizaciones, porque, lamentablemente, tenemos un problema cultural en nuestra ciudad y en esta época el clima no nos acompaña. Actualmente, en la ciudad debe haber unos 19 grados Celsius, con un sol maravilloso, situación totalmente distinta a la del sur de Chile, donde la lluvia y la nieve evitan que la gente circule; mientras que acá el calor hace que la gente salga, y hemos visto, lamentablemente, a algunas personas que fueron controladas, habiéndose constatado que habían falsificado los permisos para circular, situación que el Ministerio Público observó y tomó nota. Ya se hizo una denuncia, y hay algunas personas que están privadas de libertad. En ese sentido, hemos estado trabajando incansablemente para que la gente tome conciencia, hasta de forma majadera lo hemos hecho.

También tenemos residencias sanitarias para trasladar a las personas con casos positivos, a fin de que pasen ahí la cuarentena. Además, está nuestra directora del Servicio de Salud de Arica y Parinacota, señora Magdalena Gardilcic, para que dé cuenta de las medidas que hemos tomado en el área hospitalaria con el objeto de enfrentar de mejor manera esta pandemia que nos está golpeando muy fuertemente en nuestra región. Pero tengan la confianza que se está trabajando incansablemente para salir de esto, y esperamos que, luego de 20 días de iniciada la cuarentena, en los próximos días haya una disminución de la cantidad de personas contagiadas.

Hoy, reportamos 59 nuevos casos confirmados de covid-19 positivo. Tenemos a la fecha 4.584 personas contagiadas en nuestra región; tenemos, hasta hoy, según el reporte que hicimos, 831 casos activos; tenemos 3.687 personas que se han recuperado, y hemos tenido que lamentar 68 fallecidos, que en su mayoría eran adultos mayores con enfermedades preexistentes, en las que este virus ha gatillado para que ellos nos dejen.

Personalmente, he estado liderando las fiscalizaciones mañana, tarde y noche y estamos cursando una gran cantidad de sumarios sanitarios, porque de alguna forma la comunidad tendrá que entender que esta es una situación muy grave. Sin embargo, tenemos la esperanza de que vamos a lograr el objetivo final, que es disminuir la cantidad de contagiados que están en nuestra región y que no sigan muriendo más ariqueños ni parinacotenses.

Los recursos siempre son escasos en regiones, especialmente en regiones extremas, como la nuestra. Sin embargo, tengo que reconocer que, particularmente, durante la pandemia se han entregado recursos a los municipios de nuestra región por más de dos mil millones de pesos, para que ellos también ayuden a apoyar a las familias, y que vayan directamente en apoyo de ellas, en lugar de ayudar a pagar deudas de los municipios. También hemos hecho algunos ajustes presupuestarios, como en el caso de una disminución destinada a generar acciones a nivel nacional, las que se han visto retribuidas, porque nos han llegado esos recursos. Siempre van a faltar recursos en las regiones, pero estamos esperanzados en el trabajo que estamos haciendo junto a la Dipres.

Lamentablemente, la Región de Arica y Parinacota ha sido una de las que menos recursos ha recibido históricamente, seguramente a causa de la fórmula logarítmica que se utiliza para la entrega de recursos a las regiones. Reitero, siempre nos van a faltar los recursos. Ustedes siempre han tenido esa mirada regionalista, lo cual reconozco.

Efectivamente, me desempeñé durante nueve años como consejero regional, de modo que también tengo esa mirada regionalista. Nos gustaría tener mayores competencias y atribuciones, y esa es la lucha que debemos dar todos quienes somos regionalistas. Seguramente, ustedes nos apoyarán en esa línea junto a las bancadas de sus distintos sectores, como lo han hecho los diputados Nino Baltolu, Luis Rocafull y Vlado Mirosevic, quienes también han tenido esa mirada regionalista.

Vamos a dar un primer paso con la elección de los gobernadores regionales, lo cual creemos que será un paso fundamental para lograr aquello por lo que hemos luchado durante tanto tiempo. La nuestra es una región joven, pero nos gustaría que muchas decisiones se tomaran a nivel regional, y en eso ustedes nos podrían ayudar, por supuesto, para entregar más competencias a los gobernadores regionales, porque de otra manera no tendría objeto tener un gobernador regional sin las competencias necesarias para desarrollar a las regiones, con la mirada que tiene uno, y a tanta distancia que está la zona central. A veces, como sabemos, muchas decisiones se toman a más de 2.000 kilómetros de distancia, pero estamos trabajando también en ello. Hemos hecho propuestas en ese sentido, para que se concrete lo más pronto posible la elección de los consejeros regionales a fin de dar ese primer paso, que es fundamental.

Por otra parte, acabamos de recibir una denuncia de parte del senador Insulza y del diputado Rocafull, en relación con la entrega de cajas con alimentos, que fueron financiadas con el 5 por ciento, con aprobación del Consejo Regional. Frente a esa denuncia, la Contraloría General de la República representó ese contrato. Lo hizo –lo recuerdo- un viernes a las 10 y media de la noche. Debido a esa representación, al otro día suspendí inmediatamente la entrega de tales cajas, y el lunes suspendí el contrato con la empresa que había sido observada. Ellos presentaron un recurso de protección contra este intendente, pero nos defendimos y logramos que no fuera acogido. Eso nos da la tranquilidad de pensar que

estábamos actuando bien, con el fin de resguardar los recursos públicos. Posteriormente, se hizo un nuevo llamado a licitación, porque con la primera empresa se alcanzaron a entregar aproximadamente 6.000 cajas con alimentos, bajo la modalidad de caja entregada, caja pagada. No hubo ningún adelanto de recursos, absolutamente nada. Lo vio la comisión respectiva y se pagó.

Como sabemos, las familias estaban esperanzadas en recibir esas cajas con alimentos, y cumplimos con el plazo que nos había puesto el Presidente Sebastián Piñera, en el sentido de que al 30 de junio fuesen entregadas 22.350 cajas, que llegaron a estos hogares. Hoy estamos en un segundo proceso. Se hizo un nuevo llamado a licitación, sabiendo que uno, como intendente, y usted lo sabe, señor Presidente, tiene la atribución de recurrir al mecanismo de asignación directa, pero, con el fin de salvaguardar la transparencia, se conformó siempre la primera etapa. En una segunda etapa, una comisión seleccionó a los distintos oferentes. Incluso, aún está en un proceso esa etapa. Indistintamente, levanté un sumario administrativo, la Contraloría levantó un sumario investigativo y la Fiscalía inició un proceso por oficio. Hemos puesto a disposición los antecedentes de ese proceso, para dar respuesta a todos los requerimientos y actuar con la mayor transparencia, como siempre lo hemos hecho en relación con la probidad, de modo que estamos a la espera de los resultados. Esperamos tener pronto una resolución sobre ambos procesos investigativos, que están realizando tanto la Contraloría General de la República como la Fiscalía, que encomendó a la Policía de Investigaciones iniciar todos esos procedimientos.

Nuestro país no tiene cerradas sus fronteras para los ciudadanos chilenos que puedan venir desde cualquier parte del mundo. Las fronteras están abiertas para los chilenos y para los residentes en Chile. El tema es que Perú tiene la frontera cerrada, por lo que ya no se produce la circulación de esa gran cantidad de gente, que era histórica. La frontera con Perú es uno de los pasos fronterizos con mayor circulación, debido al intercambio que existe entre Arica y Tacna, pero que en estos tiempos de pandemia no se ha dado. Por medio de distintas gestiones que se han realizado a través del Ministerio de Relaciones Exteriores, hemos permitido abrir la frontera para sacar a una cantidad importante de personas. Más de 2.000 peruanos han pasado desde Chile hacia Perú, cuando se ha logrado consensuar la apertura de la frontera entre ambos países. Incluso hace muy poco, a raíz de procesos judiciales, se expulsó a una cantidad importante de peruanos, que salieron hace un par de semanas, y precisamente esa apertura de la frontera por parte de Perú permitió que también pudiesen ingresar chilenos que estaban desde hace muchos meses en ese país. Al recibirlos, vimos que regresaban con mucha congoja, luego de seis meses en que no lograban retornar a su país.

Para resumir, Chile tiene abierta la frontera y existe flujo vehicular de camiones, mediante los cuales se produce el abastecimiento de alimentos con el control respectivo del Servicio Nacional de Aduanas, del SAG y de la Policía de Investigaciones, que trabajan permanentemente en nuestras fronteras. Lamentablemente, existen pasos ilegales. Usted sabe, señor Presidente, que

tenemos una frontera muy larga en ese sector, razón por la cual se ha reforzado con presencia del Ejército, de Carabineros y de la Policía de Investigaciones; sin embargo, existe un problema de orden legal, que consiste en que, cuando las personas pasan forzadamente hacia Chile, lamentablemente, las policías tienen las manos atadas y no los pueden hacer regresar después de que ya han pasado el sector fronterizo; la ley no les permite regresar.

Las policías han estado trabajando y realizando investigaciones; tenemos ahí tráficos de migrantes que han sido sancionados, detenidos y se han realizado las investigaciones respectivas. Sin embargo, en el momento en que ellos ingresan unos 50 o 100 metros, nuestras policías no pueden regresarlos, porque, lamentablemente, no tienen facultades legales para hacerlo, de lo contrario, tendrían sanciones.

Eso es uno de los impedimentos que tenemos para evitar, que los migrantes sigan ingresando, pero, lamentablemente, se han estado pasando la voz, porque al momento de ingresar en forma ilegal, los tenemos que llevar a las residencia sanitarias donde tienen que hacer cuarentena por 14 días; además, se les entrega hotel, alimentación y atención médica. De ahí que se nos haya complejizado la situación por la cantidad de migrantes que ha llegado.

Respecto del control, la policía ha estado actuando; Carabineros fiscaliza en forma permanente los distintos sectores de la ciudad y ahí es donde se detectaron, Presidente, y a través suyo al diputado Juan Luis Castro, la dirección de estos permisos temporales o permisos provisorios falsificados. Por eso se está realizando un proceso de investigación; hay personas que están detenidas que pasaron a fiscalía y están con arresto domiciliario nocturno como una de la primeras medidas que se están tomando en el proceso de investigación.

3.26.- Secretaria Regional Ministerial de Salud de la Región de Arica y Parinacota, señora Beatriz Chávez Vicentelo:

Actualmente, la estrategia que tiene el Ministerio de Salud, TTA, que es testear, trazar y aislar, se ha fortalecido, principalmente, con la labor de testear hemos hecho una búsqueda activa, cuya nueva estrategia es salir a buscar a todos los pacientes asintomáticos, y en eso hemos trabajado intensamente. De hecho, ayer, en una cifra record, se pudieron tomar casi 400 análisis adicionales de búsqueda activa, que es algo totalmente inédito para la región en estos momentos. Hoy, queremos tomar más de 300 análisis, debido a que hemos contratado a personal de manera extraordinaria; además, contamos con un equipo móvil trasladado al nivel central, y con los 82 millones de pesos traspasados a la Municipalidad de Arica se ha fortalecido a través de la atención primaria la labor de salir a testear a los pacientes asintomáticos, en la labor de búsqueda activa. Nosotros no tenemos la capacidad para procesar toda esa cantidad de muestras, son 400, pero llevamos 200 muestras fuera de la región, a Santiago, en virtud de un convenio de colaboración con el Hospital Luis Calvo Mackenna; aquí, se están procesando algunas muestras.

También es importante destacar que tenemos muchos problemas de conectividad; en períodos sin pandemia teníamos muchos vuelos diarios y actualmente solo contamos con dos vuelos semanales de Latam, y esperamos que esta semana se reintegre SKY Airline. Entonces, eso ha sido un factor importante de dificultad que hemos tenido para enviar muestras.

Hoy, contamos con un laboratorio que desde un comienzo procesa las muestras relacionadas con la pandemia, que pertenece al Servicio de Salud de Arica y Parinacota, y con un laboratorio que pertenece a la seremia de Salud, que, en conjunto con la seremi de Ciencia y Tecnología y gracias al aporte de la Universidad de Tarapacá, comenzó a procesar las primeras muestras; ahora, con la compra de otro equipo para PCR, a través del gobierno regional, ha aumentado su capacidad. Comenzamos con 80 muestras en el laboratorio de la seremia de Salud, que es el único laboratorio a nivel nacional que se ha podido implementar, y hoy podemos procesar hasta 300 muestras diarias.

Además, como institución nos hemos fortalecido para hacer la trazabilidad a tiempo. Tenemos una muy buena coordinación con el Servicio de Salud. Cuando ellos notifican nosotros inmediatamente optimizamos los tiempos para llegar a esas personas cuando son positivas. Realizamos la trazabilidad de inmediato, para llegar al aislamiento. Hoy contamos con 12 residencias sanitarias, con un 72 por ciento de ocupación.

Tenemos un conjunto de residencias sanitarias bastante robusto para atender todos los requerimientos. Contamos con residencias que tienen niños y personas de pueblos originarios, porque también tenemos contagios en las comunas rurales, y a discapacitados.

Con el municipio ha sido un poco más difícil. Desde el comienzo de la pandemia hemos tenido una relación de comunicación y de apoyo mutuo bastante fluida con el Servicio de Salud, pero con el municipio ha sido más difícil comenzar a integrarse en esta estrategia.

En cuanto a la fiscalización, la semana pasada se integraron 50 personas al equipo de fiscalización porque vemos que la conducta de las personas no es muy adecuada, se siguen movilizando en gran cantidad y circulando sin los permisos correspondientes. A la fecha, por ejemplo, llevamos 128.854 fiscalizaciones. El fin de semana llegamos casi a 20.000 fiscalizaciones y 200 sumarios cursados con la dotación extraordinaria. Eso quiere decir que tenemos una dificultad importante con las personas, ya que vemos en terreno que siguen saliendo sin los permisos correspondientes.

Hacemos fiscalizaciones en conjunto con las Fuerzas Armadas y vemos a muchas personas transitando, sobre todo en las noches, sin tener ningún respeto por la restricción vehicular ni por transgredir alguna medida sanitaria. Eso ha sido bastante complejo de comunicar a las personas. Tenemos una

comunicación de riesgo. El Servicio de Salud y nosotros salimos con distintas comunicaciones.

Es importante mencionar que el tema de las personas que cruzan por los pasos no habilitados es complejo, porque quedan en cuarentena en los distintos hoteles que hemos dispuesto para ello, pero muchas veces las personas quedan en situación de calle, ya que después de 14 días no tienen dónde estar ni los recursos para mantenerse en el país. Ayer ingresaron 51 personas, todas venezolanas. Hoy alrededor de 200 personas cruzaron por pasos no autorizados y están haciendo la cuarentena en hoteles que hemos habilitado.

Otro tema complejo es el tránsito de camiones, sobre todo desde Bolivia, más que los camiones que vienen desde Perú, debido a que hemos tenido a varios con contagio. Hemos restringido los días en que ellos pueden estar en la región puesto que quedaban circulando durante muchos días y no todos están en los estacionamientos, que para estos fines son pagados. Tampoco cumplían las condiciones sanitarias. Por esa razón están siendo fiscalizados y sumariados. Esas personas deben estar en lugares que tengan las condiciones sanitarias apropiadas.

3.27.- Directora del Servicio de Salud de Arica y Parinacota, doctora Magdalena Gardilcic Franulic:

Como han señalado las autoridades que me han precedido en el uso de la palabra, desde enero de este año hemos realizado una presentación que muestra un plan organizado de cómo íbamos a reaccionar frente al avance de la pandemia. Desde hace bastante tiempo tenemos implementada la toma de PCR en toda la red asistencial, desde Visviri a toda la extensión de la comuna de Arica. Eso ha permitido tener la oportunidad de diagnóstico oportuno y de realizar el aislamiento en caso de que un paciente resulte positivo. También hemos logrado potenciar nuestro Servicio de Urgencia en el hospital regional, separándolo en dos áreas: la respiratoria para covid y el resto para el Servicio de Urgencia.

Nuestro hospital se ha transformado en una parte que es covid y otra no covid. Eso nos ha permitido aumentar el número de camas críticas, pues teníamos 6 camas críticas y ahora contamos con 30, todas con equipos y equipamientos, incluidos los ventiladores mecánicos. También hemos aumentado nuestras camas intermedias, ya que contábamos con 12 y hoy tenemos más de cien camas intermedias para covid. Por supuesto, todo ello se ha hecho resguardando las camas de UCI para pacientes no covid y camas intermedias para pacientes no covid. Esto ha sido gracias al importante aporte del Ministerio de Salud en cuanto a equipo y equipamiento que permanentemente han sido enviados a la Región de Arica y Parinacota, y también a través de la presentación de proyectos al Gobierno Regional, apoyado por el señor intendente, con lo cual hemos adquirido los equipos y equipamientos que se requerían para ir haciendo todas estas transformaciones.

También hemos tenido el apoyo de las Fuerzas Armadas con la instalación de un Puesto de Atención Médica de Especialidad (PAME), ubicado en uno de los estacionamientos de nuestro hospital, y de camas no covid en un establecimiento de atención primaria que se estaba terminando y que fue entregado al Servicio de Salud para implementar la hospitalización de pacientes no covid. Asimismo, tenemos habilitado, para cuando empecemos con la necesidad más alta, un establecimiento en el cerro La Cruz, el cual fue construido para ser un Eleam, y también tenemos la posibilidad de utilizarlo. En los últimos quince a veinte días nuestro índice ocupacional ha bordeado sobre el 83 por ciento, lo cual es bastante alto y tensiona mucho los sistemas.

Tenemos contratadas a más de 350 personas de distintas profesiones, entre profesionales y técnicos de distintas áreas, que han servido para potenciar esta contención que hemos debido hacer tanto por el aumento de las camas como también por las licencias de los funcionarios que resultaron con covid positivo. No hemos tenido en forma simultánea más de 18 funcionarios covid positivo, pero tenemos contactos relacionados con esos funcionarios. Hemos mantenido nuestra funcionalidad en base a nuevas contrataciones, las que pretendemos mantener mientras sea necesario.

Hoy estamos en cuarentena y con restricción vehicular. A pesar de eso, tenemos un sostenido número de pacientes covid positivo, lo cual nos preocupa y nos ocupa. Estamos realizando campañas comunicacionales para estar más cerca de la comunidad, que esta sea el sensor que nos permita entender ese comportamiento de los ariqueños y parinacotenses de seguir saliendo a las calles y seguir movilizando el virus y, por ende, continuar con el alto contagio.

Desde el punto de vista del hospital, como servicio y recinto hospitalario, tenemos la responsabilidad de hacer la notificación de todos los pacientes covid positivos a lo largo de la red. Además, debemos dar seguimiento a los pacientes que no ingresan a las residencias. Para ello, contamos con un equipo multidisciplinario que presta apoyo en salud mental; en visitas domiciliarias de médicos, enfermeras y kinesiólogos; en entrega de medicamentos y en control para detectar precozmente la necesidad de evaluación médica o de un eventual traslado al servicio de urgencia. En esa línea, hemos incorporado profesionales como kinesiólogos, fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales para apoyar a todos los pacientes que han estado conectados a ventilación mecánica, con el objeto de favorecer y potenciar su recuperación a corto plazo. A mi parecer, eso es lo más relevante en cuanto a la forma en que la red asistencial se ha potenciado y organizado para llevar a cabo las acciones que debemos realizar.

Nosotros, dada nuestra situación epidemiológica, estamos concentrados en atender urgencias; en atender pacientes covid y pacientes con cáncer cuyo tratamiento no pueda ser reprogramado. Se puede reprogramar el tratamiento en aquellos pacientes con diagnóstico de cáncer, siempre y cuando esto no afecte ni el pronóstico ni el tratamiento. Sin embargo, como muy bien ha dicho el ministro, tenemos que estar siempre atentos a las necesidades de nuestra

población. Por eso hemos desarrollado telemedicina con especialistas médicos; entrega a domicilio de los fármacos que requieren nuestros pacientes; toma de muestras a domicilio y curaciones avanzadas o algunos procedimientos simples que requieren nuestros pacientes, a fin de evitar el desplazamiento, sobre todo, de los adultos mayores.

Asimismo, hemos potenciado el programa de hospitalización domiciliaria, que ya tiene bastantes años en nuestro hospital, aumentando los cupos y la dotación de personal, con el objeto de asistir, con equipos multidisciplinarios, a los pacientes en hospitalización domiciliaria. De esa manera, la familia se puede incorporar a la recuperación del enfermo.

3.28.- Contralor General de la República, señor Jorge Bermúdez Soto:

VER PRESENTACIÓN

Las cifras de hoy señalan que en el mundo hay más de 19.000.000 de contagiados y más de 712.000 personas fallecidas. Además, el secretario general de Naciones Unidas ha dicho que esta es la crisis más compleja que ha enfrentado la humanidad desde la Segunda Guerra Mundial y la crisis económica más grave desde 1870. Esa es, más o menos, la envergadura de lo que estamos enfrentando y viviendo como generación en nuestro país y en el mundo. Creo que cuando uno mira los recortes de prensa, se puede concluir que nadie, no solo nosotros, sino que el mundo, en general, no estaba preparado para algo así.

De hecho, cabe recordar que las clasificadoras de riesgo señalaban que el país que estaba mejor preparado para una pandemia en el mundo era Estados Unidos y, al revisar las cifras, nos damos cuenta de que, en la práctica, eso no era así. Entonces, una de las pocas enseñanzas que hemos podido sacar es que, en general, los Estados no estaban preparados para lo que nos estamos enfrentando. Ahora, esa no es una excusa, sino que, simplemente, demuestra el nivel de aquello a lo que nos enfrentamos.

En la Contraloría fijamos cinco focos para enfrentarnos a esta situación: la salud de los funcionarios; la presencia permanente y acompañadora de los servicios en esta materia, para que se sienta que se está realizando el control; usar la tecnología como paliativo a la imposibilidad muchas veces de estar presentes; transparentar toda la actuación y adaptar los procesos.

En primer lugar, la salud de los funcionarios. Obviamente, como jefe de servicio, tengo como primera responsabilidad dirigir el servicio, pero para eso necesito funcionarios y funcionarias que puedan realizar su labor. Aquí, la salud es lo primero, y una de las primeras decisiones que tomamos como Contraloría fue realizar trabajo remoto, adaptarnos a esa modalidad; detectar cuál era nuestro grupo más vulnerable de funcionarios; dar las comodidades y posibilidades de

realizar dicho trabajo desde los domicilios y así prevenir el contagio, y que nosotros mismos, como funcionarios, no nos transformásemos en vectores de la enfermedad. Cabe señalar que teníamos el camino bien adelantado, ya que en 2018 fuimos autorizados, por ley, para realizar un plan piloto de teletrabajo con 100 funcionarios. Por lo tanto, en 2019 recabamos una experiencia que nos permitió transitar rápidamente desde el trabajo presencial al teletrabajo, con más del 70 por ciento de los funcionarios, de manera permanente, en teletrabajo; 20 por ciento de funcionarios en modalidad mixta y 10 por ciento de funcionarios en modalidad presencial, a nivel central y regional. Hoy podemos decir que nos adaptamos exitosamente a esa modalidad de trabajo.

Un segundo eje que definimos fue que la Contraloría no puede restarse, sino que debe realizar su labor y hacer un control permanente, que sea contingente con lo que está ocurriendo. No sacábamos nada con decir que vamos a tomarnos todo el plazo legal para expedir un dictamen o vamos a realizar una auditoría de acuerdo al procedimiento que está establecido para situaciones normales, cuando la pandemia, a lo mejor, ya había pasado o cuando las consecuencias eran imposibles de ser solucionadas. Entonces, pensamos que hay toda una labor de disuasiones que cumplen el control cuando se realiza, por lo menos es el convencimiento que tenemos. Ha estado presente y, a lo mejor, ha permitido que muchas cosas que podrían haber sido una irregularidad, hoy sean situaciones totalmente normales o, al revés, haber detectado irregularidades que se han producido. Evidentemente, en algunos casos es imposible hacerlo por la vía del trabajo remoto. Por eso quiero destacar ante la comisión el compromiso de los funcionarios de la Contraloría en orden a que hemos podido realizar una fiscalización presencial cuando esta se ha requerido.

Por otra parte, hemos usado intensivamente la tecnología, lo cual ha significado el uso de bases de datos y el manejo integrado de esas bases. Eso significó que en un suplemento de un diario de circulación nacional, a propósito de la innovación, se hiciera una especie de reportaje respecto de cómo estaba haciendo su trabajo la Contraloría en el área de auditoría, en cuanto a la fiscalización basada en el uso de datos, de grandes datos o de *big data* como se conoce.

Luego está el sistema integrado de información de Contraloría que se conecta e interopera con las bases de datos de Mercado Público. Por ejemplo, tenemos las órdenes de compra que existen respecto del covid-19 y las compras que se han hecho por convenio marco; la cantidad de órdenes de compra y las sumas de dinero por licitación privada, por licitación pública, por microcompra. Obviamente, desgraciadamente por la situación de emergencia, las compras más grandes son aquellas que se han hecho por la vía del trato directo; hay 23.540 órdenes por trato directo. Entonces, es una tremenda cantidad de dinero, de casi medio billón de pesos a esa fecha.

Otra fórmula es por la vía de la transparencia de la actuación de la Contraloría en orden de transparentar todo lo que se hace. Si se visita el sitio de la

Contraloría (contraloría.cl) lo primero que se despliega es un *banner* con la información de covid-19, a la que tiene acceso la Contraloría o que pasa por la Contraloría producto de su labor y que dice relación con la pandemia. Se pueden apreciar todos los dictámenes y oficios, las medidas internas que hemos adoptados, las acciones de fiscalización que se están haciendo y, más importante aún, los actos de toma de razón, leyes tramitadas y los decretos de modificación presupuestarias. Todo en tiempo real, de lo contrario, no tendría mucha gracia hacer este tipo de sitios *web* si es que no están actualizados, pero este lo está. Incluso, pueden ver cuál es la situación de los trámites que realiza el Estado, a propósito de la pandemia.

También hemos tenido que adaptar nuestros procesos. Como les decía, estamos usando más tecnología, pero de nada serviría si lo que estamos haciendo es simplemente tecnologizar ineficiencia. Lo primero que hemos hecho es modificar, por un lado, los procesos de planificación de la auditoría; segundo, incorporar tecnología a lo que estamos haciendo, y, tercero, adaptar una nueva metodología que nos permite entregar en tiempo mucho más oportuno las observaciones a los servicios como, por ejemplo, al Ministerio de Salud -como veremos más adelante- para efectos de poder corregir, porque ese es el objetivo de la auditoría: constatar un hecho que es objetivo, pero no determina responsabilidades, sino que ese hecho tiene que ayudar a la gestión de aquel que está tomando decisiones. Por eso nos hemos constituido en los servicios de manera telemática y no presencial. Usamos *software* de análisis masivo de datos y vamos remitiendo las observaciones en la medida en que estas están preparadas.

Una de las vías que tiene la Contraloría para poder planificar su labor dice relación con los canales digitales, y para eso hemos ampliado estos canales. Acá pueden ver una foto de los canales de atención virtual que están en la página *web* de la Contraloría. Al respecto, quiero destacar el que aparece con un rectángulo rojo: la vía de comunicación entre covid-19 con otros servicios. Si bien es cierto, como muchos servicios, la Contraloría todavía no interopera, todo se hace vía electrónica y nosotros, por lo menos, recibimos documentos electrónicos que tienen una tramitación y una gestión documental que es digital, lo que nos permite ahorrar tiempo, evitar desplazamientos y fomentar el trabajo remoto.

Ahora, si uno va al rol de la Contraloría propiamente tal, entrando derechamente en materia, podría distribuirlo en tres grandes ámbitos. En primer lugar, la función jurídica que se traduce en los dictámenes que hemos expedido y la toma de razón, sobre todo en materia de contratación pública y en actos que dicen relación con atribuciones que se entregan a los servicios, en particular, a propósito de la declaratoria de pandemia.

En segundo lugar, la función contable que es muy técnica y tiene que ver con cómo se realiza la contabilidad general, pero también respecto de modificaciones presupuestarias y transferencias de recursos, por ejemplo, a las

municipalidades o a los GORE, a propósito del plan de compra de cajas, es decir, alimentos para Chile.

Y, en tercer lugar, la función de auditoría en donde está esta nueva metodología que acabo de decir, y las fiscalizaciones que estamos realizando, a propósito de la pandemia.

Desde el punto de vista de la función jurídica, existen muchísimos dictámenes que se han expedido en esta materia, algunos más generales que son los que están presentados en el gráfico y otros de carácter más específico, que son derivaciones de los más generales.

El primer dictamen, N° 3.610, 17 de marzo de 2020, es muy oportuno, desde el punto de vista en que se decreta la alerta sanitaria y luego el estado de excepción. Se refiere a que los servicios de la administración pueden adoptar medidas preventivas por el covid-19. Es decir, este es el dictamen madre que habilita varias cosas y una de ellas es que, atendida esta situación de caso fortuito al que nos estamos enfrentando, los servicios puedan disponer flexibilidad o trabajo remoto, que fue una de las cosas que hizo la propia Contraloría. Respecto de cuáles son las facultades que tienen los alcaldes en materia de pandemia, está la apertura de centros comerciales, decretar cuarentena o cerrar vías de acceso, como ocurrió en su momento, como también cuál es el rol que deben tener en los distintos medios de comunicación, de manera que no fuera permanente. Dicho sea de paso, es un dictamen bastante desobedecido, desgraciadamente. Asimismo, aquellos que permitían el pago a proveedores cuando no se había podido prestar un determinado servicio. Me interesa destacar esto, porque lo que hacen estos dictámenes es precisamente dar funcionalidad y mantener en funcionamiento el servicio público, al ver la realidad que nos estábamos enfrentando, como es esta pandemia.

Desde el punto de vista de la función jurídica, están aquellos decretos más relevantes que han pasado por el trámite de toma de razón. Por ejemplo, la alerta sanitaria que ha sido modificada varias veces, sobre todo de las facultades que se entregan, donde se permite, por ejemplo, la compra y la contratación por trato directo de bienes y servicios; el decreto N° 102, de cierre de fronteras del Ministerio de Interior y Seguridad Pública y Ministerio de Defensa Nacional, el decreto N° 104, que declara el estado de excepción constitucional de catástrofe por calamidad pública y que permite la intervención de las Fuerzas Armadas.

Pero también hay otras cosas que son mucho más relevantes, desde el punto de vista del día a día, y que facilitaron la vida a las personas como, por ejemplo, el decreto que establecía la prórroga de la fecha de vencimiento de la cédula de identidad, la compra de algunos materiales por parte de la Junaeb o la creación del Comité Asesor Interministerial para la disponibilidad de una Vacuna Covid-19, y así sucesivamente.

Desde el punto de vista de la función contable, eso es bastante técnico, pero ayuda a los servicios a enfocarse en la lucha contra la pandemia y no distraer recursos muy escasos, en estos momentos, sobre todo, recursos humanos, en cuestiones que son por ahora un poco más administrativas, por ejemplo, la fecha para la entrega de los estados financieros, o respecto de la forma en que se debe realizar la rendición de cuentas, o el plazo para que las universidades, las instituciones de educación superior presenten el ejercicio contable 2019, y así sucesivamente. Entonces, todo esto ha permitido mantener en funcionamiento la administración sin un excesivo desgaste, desde el punto de vista administrativo, y sin poner en riesgo a los funcionarios.

Desde el punto de vista de la toma de razón, vinculada con la función contable y que, obviamente, se relaciona con el covid, están todos los decretos de modificación presupuestaria (605), y también los que se refieren a transferencias de recursos desde el nivel central a servicios, o a los gobiernos, o a las municipalidades. Aquí, tenemos un poco más de 300 decretos y en la presentación se consigan los tiempos de tramitación promedio que hemos tenido desde el 18 de marzo hasta ahora.

Desde esa perspectiva, nosotros estamos bastantes satisfechos, porque, por un lado, con las medidas que tomamos a partir de los cinco ejes que mencioné, hemos logrado mantener en funcionamiento la institución, en primerísimo lugar, eso gracias al compromiso de los funcionarios, y, por otro, además entendimos que había una prioridad, que era enfrentar la pandemia, y no podía estar ausente el control y, por eso, adaptamos nuestros procesos a esa necesidad, que es este estado de catástrofe.

En tercer lugar, la función fiscalizadora, es decir, la auditoría y, en ese ámbito, lo que hicimos fue cambiar totalmente el plan de auditoría que teníamos para este año. Nosotros, el último trimestre de cada año, comenzamos la planificación de las auditorías del año siguiente. Obviamente, si hubiésemos estado en noviembre del año pasado, habríamos dicho: “Bueno, qué es lo que tenemos para el 2020.”, y uno de los hechos que surgía para el 2020, por ejemplo, era las elecciones municipales. Por ello, habíamos diseñado un plan de fiscalización para un porcentaje que iba más allá del 60 por ciento de los municipios, a fin de determinar si había o no déficit municipal. Tuvimos que cambiar el plan completamente para poder enfocar la auditoría a los temas relacionados con la pandemia, aplicando las tecnologías, como acabo de decir. También entendimos que no sacábamos nada con hacer una auditoría tradicional, es decir, una auditoría basada en constituirse en el servicio, en recabar los documentos en papel, en hacer un preinforme, en esperar una respuesta de ese preinforme o dar una prórroga a esa respuesta y, después, realizar un informe final que iba a salir seis meses después. No estaríamos en la presente sesión dando cuenta de este trabajo, si hubiésemos actuado de la manera tradicional. Por eso, adaptamos el procedimiento de auditoría.

Hoy día, la auditoría se hace con un inicio de fiscalización por vía telemática. Es decir, los equipos auditores no se constituyen en el servicio, obviamente, porque también es un riesgo, y solo en situaciones muy excepcionales hay reuniones en terreno, como en el caso de Espacio Riesco, que es una infraestructura y requiere estar en terreno, pero el inicio de fiscalización es vía telemática, usando la plataforma Teams. En la ejecución, utilizamos las bases de datos y el acceso a las bases de datos, cuando existen. Para eso, debemos tener *software* y personal capacitado para hacer el análisis masivo de los datos. Además, remitimos inmediatamente los hallazgos al servicio, no esperamos todos los hallazgos. Por así decirlo, si estamos auditando cifras covid, por ejemplo, el número de contagiados y de fallecidos, no esperamos a tener todas las cifras de contagiados, fallecidos, trazabilidad, etcétera, sino, una vez que tuvimos la cifra de contagiados, remitimos la observación al servicio para que adapte su actuación de acuerdo con esa observación. Luego, sacamos un oficio final que, por así decirlo, es un oficio mucho más acotado, porque se refiere a esa observación, el cual remitimos con firma electrónica. Bueno, todas las observaciones que existan en una determinada materia se transforman en un informe consolidado.

¿Cuáles son las fiscalizaciones que estamos haciendo? En la materia, que es la materia de la comisión investigadora, estamos realizando, y están en distintas etapas de avance, algunas de ellas ya terminadas, 225 acciones de fiscalización, es decir, 225 auditorías relacionadas con covid. ¿En qué materias? Primero, y donde voy hacer *zoom*, está la que se refiere a los registros y estadísticas epidemiológicas, en las que, básicamente, lo que estamos auditando son las cifras de contagiados, de fallecidos, el sistema de seguimiento de trazabilidad, los contratos y el funcionamiento, como sistema informático, de Epivigila. Luego, estamos auditando compras de insumos, bienes y servicios por parte de hospitales, cuando lo hacen directamente, sobre todo, de elementos de protección personal, ventiladores, insumos médicos, medicamentos, etcétera, en 16 hospitales.

En otra temática, estamos fiscalizando la infraestructura y, ahí, está Espacio Riesco, al que me voy a referir en unos minutos, pero también estamos analizando todo el plan de habilitación de las residencias sanitarias. En ese ámbito, tenemos 123 auditorías que se están realizando en todas las regiones, respecto de los procesos de contratación de residencias, de servicios asociados, de habilitación, etcétera, que se están realizando en cada una de las mismas. Un grupo de auditorías muy importante es el que se está haciendo a los aeródromos, porque los aeródromos han cumplido un rol importante para el traslado de enfermos, de pacientes y de personal, y, también, hay que determinar si se cumplen las condiciones que se establecen legalmente, que son las condiciones técnicas para enfrentar esta emergencia.

Luego, hay una auditoria en particular a la puesta en uso del Hospital Clínico Félix Bulnes. Existe otro grupo muy importante de auditorías, aquellas que se refieren al pago de beneficios sociales, en particular, por parte del Mideso; las compras que están haciendo las municipalidades; el plan de alimentos para Chile,

a través de la compra y entrega de canastas. Aquí, tenemos 17 auditorías, siendo una por cada región. También, pusimos un foco especial en el Sename, consignado en la última barra, las medidas de prevención que ha adoptado el Sename, y en el Senama, que es el primero que aparece en la lámina, respecto de beneficios sociales. Asimismo, estamos auditando el pago del bono covid por parte del IPS y a la comisaría virtual, respecto de la que ya se hizo el levantamiento de una primera observación. En ese sentido, quiero hacer presente a la comisión que nosotros dijimos que se debe establecer un sistema con un mejor estándar de seguridad y no que tenían que migrar al uso de clave única, y quiero que quede constancia de eso. Asimismo, estamos auditando la entrega alimentos por parte del cambio que tuvo el Programa de Alimentación Escolar (PAE) de la Junaeb, porque fue por otra vía por la que se estaban entregando cajas alimentos a familias de los escolares.

Señor Presidente, en particular, respecto de la situación de Espacio Riesco, que es una de estas auditorías de infraestructura que estamos realizando, en primer lugar, hay que tener clara una especie de línea del tiempo para saber cuáles son los contratos (dos), y las resoluciones en que ha intervenido la Contraloría. Obviamente, la base de eso es la declaración de estado de catástrofe, de estado de excepción, que fue el 18 de marzo y, siete días después, el 25 de marzo, se suscribió un contrato de arrendamiento del inmueble entre el Ministerio de Salud y el dueño que es el Centro de Convenciones Santiago S.A. El 15 de mayo se dictó la resolución exenta y esa resolución exenta autorizó a recurrir al trato directo, calificó la urgencia y aprobó el trato directo del contrato de arrendamiento del recinto. Luego, hay otro contrato del 1 de abril, el cual es un contrato de prestación de servicios entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte y el Centro Hospitalario Huechuraba, Centro de Convenciones Santiago S.A. Dicho contrato del 1 de abril se aprobó por resolución N° 13 del 2020, de fecha 17 de junio, es decir, dos meses y medio después. Esa resolución que aprobó el contrato vino a la Contraloría al control previo de legalidad y, como aparece en la presentación, el 9 de julio, por el oficio de la Contraloría N° E17562, fue representado, es decir, fue declarado ilegal.

Entonces, lo que tal vez llama la atención de la Comisión es que hay dos contratos: el contrato de arrendamiento del inmueble para la instalación y funcionamiento del recinto, y el contrato para la prestación de un servicio integral de provisión de espacios, instalación y servicios de apoyo requeridos para el funcionamiento sanitario. El primer contrato de arriendo por metro cuadrado ocupado tiene un valor que más o menos asciende a 150 millones de pesos mensuales. El segundo contrato, un valor total de 1.600 millones de pesos para las prestaciones que están comprendidas en las tres fases.

El contrato de arrendamiento no pasa por la Contraloría, porque está exento, mientras que el segundo contrato sí pasa porque es un contrato de prestación de servicios, en este caso de un servicio integral de espacios, instalación y servicios de apoyo, y este contrato fue representado, es decir, fue declarado ilegal por la Contraloría General de la República. Las razones por las

que la Contraloría declara ilegal el contrato, mediante el oficio N° E17562/2020, son las siguientes. En primer lugar, una de las observaciones más importantes es relativa al precio y al pago de las prestaciones, porque básicamente había una superposición entre lo contratado en el primer contrato de arrendamiento, que incluía mantención de infraestructura, y el segundo contrato de habilitación y prestación de servicios, que también incluía mantención. Es decir, había prestaciones que se superponían. Por lo tanto, dada esa superposición no procedía, mientras no se aclarara, que se pudiera comprender como un aspecto a pagar en el segundo contrato, ya que estaba comprendido en el primer contrato de arrendamiento.

En segundo lugar, uno de los elementos que detectamos en el análisis, haciendo un cruce de datos, y con la ayuda de la división de Auditoría, es que en los precios que se estaban pagando por las prestaciones contenidas en el anexo N° 1 del contrato el servicio no puede aportar antecedentes para sustentar esos valores, lo que vulnera los principios de eficacia, eficiencia y economicidad que debe regir la actuación de la Administración del Estado. Es un asunto un poco más jurídico; todos estos son temas jurídicos, pero esto dice relación con algo que podría haberse evitado, porque se trataba de la fijación de una cláusula de prórroga automática sin respetar las restricciones que establece el artículo 12 del Reglamento de Compras Públicas, N° 250/2004, del Ministerio de Hacienda. Tampoco estaba claro cuáles eran los plazos para entregar las prestaciones por parte del prestador, lo que también vulneraba el reglamento que ya cité, y una cláusula general de incumplimiento contractual, que de alguna manera asegurara la aplicación de sanciones y multas cuando hubiera incumplimiento por parte del prestador respecto de la administración. Entonces, por esa razón representamos, es decir, declaramos ilegal el contrato de habilitación de Espacio Riesco. Esta es la situación jurídica en la que actualmente se encuentra ese recinto.

Ahora viene el segundo análisis desde el punto de vista de nuestra función fiscalizadora respecto de las cifras. Básicamente, auditoría a cifras del Covid-19 en la Subsecretaría de Salud Pública. La auditoría tiene como objetivo, según consta en la propia documentación, comprobar que la información relativa a la cantidad de casos contagiados con covid-19, registrada en el sistema que se denomina Epivigila, sea fidedigna e íntegra, y que se hayan adoptado –esto es muy importante- las medidas de control para el ingreso, procesamiento y reportabilidad de los datos, de manera de determinar si estos resultados -pusimos como fecha el 9 de junio de 2020- correspondían a los reportes de los distintos intervinientes, tanto públicos como privados, para la obtención y la consolidación de esa información. Ese es el objeto de esta auditoría. Entonces, como contexto hay que tener en cuenta que hay un decreto, el N° 4, del 5 de febrero de 2020, del Ministerio de Salud, en el que consta que se decretó la alerta sanitaria, que en el fondo entrega una serie de facultades extraordinarias al Ministerio de Salud y a las autoridades sanitarias en general para enfrentar esta pandemia. En uno de sus considerandos se señala que corresponde al Ministerio de Salud efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población, para lo cual le compete mantener un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica y de

control de enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles, investigar los brotes de enfermedades y coordinar la aplicación de las medidas de control. Por lo tanto, el sistema Epivigila, si bien es un sistema que ya existía, cabe dentro del sistema de vigilancia epidemiológica que se señala en el decreto de alerta sanitaria.

El sistema Epivigila es un sistema que existe con anterioridad al surgimiento de la pandemia, pero se utiliza en todo el territorio para el registro y vigilancia de las enfermedades denominadas de notificación obligatoria. Eso implica que hay que ingresar los datos al momento de existir una sospecha o un caso confirmado de alguna enfermedad que sea de notificación obligatoria, como pasó a ser el covid-19. Este sistema entrega información en tiempo real al Ministerio para facilitar la toma de decisiones, por ejemplo, desde el punto de vista de cuáles van a ser las cuarentenas, teniendo un rol clave las autoridades sanitarias, es decir, los seremis de Salud, porque a través de ellos se recolecta la información relativa a la enfermedad para después adoptar estas decisiones. ¿Cómo funciona? No hay un reglamento, pero existe lo que se denomina Dossier Covid-19 del Departamento de Epidemiología. Un rol clave desempeña el profesional, el que ante una sospecha solicita la realización de un examen para detectar el covid-19. Entonces, el laboratorio de un establecimiento, o los laboratorios privados, informan los resultados al profesional y este debe concentrarlo en el delegado de Epidemiología, que es el responsable de validar esta modificación y de completar los datos que falten en el sistema Epivigila, que luego se envían al Ministerio de Salud.

El Departamento de Epidemiología, de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública, lleva la información epidemiológica actualizada de los pacientes que son notificados en el sistema Epivigila, dando los resultados, sobre todo los que arrojan positivo. Respecto de este sistema y de la notificación, el Ministerio, a lo largo del tiempo, ha tenido que adaptar algunas decisiones. Por ejemplo, el 30 de enero solo se habían establecido líneas de acción y de pruebas de laboratorio para quienes se consideraban sospechosos, las cuales se realizaban por el ISP. Luego esto fue cambiando, porque se incorporaron todos los laboratorios que podían realizar las pruebas.

El 6 de marzo el Ministerio de Salud implementó un correo electrónico para recibir las notificaciones de los laboratorios de los casos sospechosos de covid-19, lo que se hacía en formato PDF. El problema del formato PDF es que dificulta la lectura y el análisis de datos; no es imposible, pero lo hace más difícil, porque es una especie de foto que no se puede modificar ni analizar. El 19 de marzo de 2020 se oficializa a nivel nacional que todos los laboratorios deben enviar los resultados en planillas estandarizadas Excel, regularizándose con el envío de información a nivel central. Luego, el 29 de mayo las subsecretarías imparten instrucciones a todos los laboratorios acerca de la forma en que se debe remitir el reporte estadístico, lo que se hace en formato Excel. El problema del formato Excel es que permite la modificación de datos, siendo un formato débil desde el punto de vista de la fidelidad de los datos que contiene.

Tomamos la base de datos del sistema Epivigila, que es la información que tiene el Minsal, pero también tomamos toda la información de los laboratorios que realizan exámenes PCR, haciendo un cruce de datos. ¿Qué arrojó este primer cruce de datos? En realidad es un cruce bastante sencillo. Nosotros determinamos que los casos confirmados a esa fecha con PCR positivo eran, según el laboratorio, 173.331. A esos había que agregar los 3.388 casos clínicos confirmados según el sistema Epivigila, pero que no tenían examen de laboratorio, porque el facultativo había determinado que por la información clínica que estaba viendo esa persona también tenía la enfermedad. Además, en Epivigila se consignaban los casos clínicos confirmados como positivos, pero con un examen negativo, a lo mejor por la misma razón anterior. Por lo tanto, si se suman estos tres ítems, es decir, los casos informados por laboratorio; aquellos que estaban confirmados en Epivigila, pero que no tenían examen de laboratorio, y, además, los que estaban en Epivigila como confirmados, pero con examen negativo, la cifra alcanzaría a 177.301. Ese fue el número al que llegamos de manera fidedigna como Contraloría. Sin embargo, para ese día la autoridad informó 142.759 casos. Es decir, hay una diferencia entre los casos reales y los casos informados de 34.542. Entonces, el problema que se produjo fue que el Ministerio de Salud informaba tomando como base solo aquellos casos notificados en el sistema Epivigila, sin considerar a aquellos que, a lo mejor, daban positivo y estaban en un informe de algún laboratorio, pero que no habían sido notificados, es decir, no habían sido incorporados al sistema a través de Epivigila. ¿Qué ocurre en ese caso? Cuando uno tiene esa diferencia –y tal vez eso es lo más importante, más allá de la cifra, que sigue siendo relevante, porque habría implicado tomar otras decisiones-, el problema es que la trazabilidad se hace solo respecto de los casos informados a través de Epivigila y no respecto de los que efectivamente son positivos. Entonces, podía darse perfectamente el caso de una persona que, al solicitársele el permiso al momento de ser fiscalizada, fuese positiva y no estar informada en Epivigila.

La Subsecretaría de Salud Pública, ante la observación que levanta la Contraloría General de la República, el 16 de junio, es decir, después de la emisión de la Minuta N° 1 con esta observación, incorporó al reporte diario -si uno hace memoria, a lo mejor ahí se produce un salto en el número de contagiados- 31.412 nuevos casos de contagiados por la covid-19. La Subsecretaría señala que cotejó los 177.301 casos informados por la Contraloría como contagiados, con el total de casos reportados a la ciudadanía el 25 de junio, constatándose que 173.302 ya estaban considerados en el informe de ese día, lo que, en realidad, todavía sigue arrojando una diferencia de 3.999 casos que no estarían sido reportados. Ahora, lo que no sabemos es si los 30.000 casos que incorporó el Ministerio de Salud son efectivamente los que determinamos que estaban con informe de covid positivo por los laboratorios o si eran otros distintos. Este cambio se hizo 16 días después del corte que había realizado la Contraloría y del informe que le había despachado al Ministerio. Luego, hay casos que no están no reportados en Epivigila. Se constató que existen 6.067 casos que, a pesar de estar confirmados en el sistema Epivigila, no formaron parte del reporte efectuado el día

9 de junio de 2020. ¿Cuál es el detalle de esos casos? Son los que aparecen en la tabla que ustedes observan. Obviamente, este es un extracto del oficio que se despachó. En primer lugar, tenemos 357 casos confirmados en el sistema Epivigila con examen de laboratorio positivo, omitidos del reporte; 874 casos confirmados en Epivigila con examen de laboratorio negativo, pero omitidos en el reporte, y 4.836 casos confirmados en Epivigila sin examen de laboratorio y no reportados, los que probablemente se debían a un examen clínico. Todo eso da un total de 6.067 casos que no fueron mencionados.

Asimismo, hay algunas inconsistencias menores dentro del registro Epivigila. Se detectó lo siguiente: 2 casos duplicados, lo cual es un poco marginal para el volumen de casos; 5 casos sin identificación, y 582 casos positivos confirmados por la autoridad, a pesar de que el examen PCR aparecía como negativo o con resultado inválido, por lo que probablemente esto nuevamente se basaba sobre el examen clínico que realiza un facultativo. Desde el punto de vista de los reportes de los laboratorios, en un inicio, los resultados de los exámenes de los laboratorios certificados se enviaban al Minsal en formato PDF, lo que hacía que se tuvieran que manipular de manera manual, porque PDF es un archivo, por decirlo de algún modo, plano, pero luego se consolidaron en formato Excel, aunque tiene el problema que es un formato cambiable y que no necesariamente deja huella de ese cambio. Por lo tanto, el sistema no permite una automatización del procesamiento de esa información, porque las planillas Excel pueden ser modificadas. Pero además del problema del soporte en que se entrega la información, existen algunas inconsistencias. Por ejemplo, hay 5.126 casos en que hubo problemas con la identificación del RUT, en que la persona aparece como NN, o que no tiene RUT, o sin datos, o con textos alfanuméricos como los se aprecian en la lámina. Luego, el campo “nombre completo” no está llenado en 14.185 casos y, de nuevo, este mismo campo pero asociado a más de un RUT hay 14.732 casos. Estas son inconsistencias que se detectaron en el sistema Epivigila.

Una pieza clave en el sistema Epivigila es que el médico debe ser quien actúe como notificador del caso positivo. O sea, se supone que el facultativo que recibe el resultado del examen de laboratorio es quien debe, a su vez, ingresar el dato en dicho sistema. Aquí habría que preguntarse varias cosas. En primer lugar, qué pasa con aquellos exámenes que se realizan sin una orden médica. Al respecto, les puedo comentar que en el gabinete de la Contraloría una tuvimos sospecha y los exámenes se realizaron contactando directamente al laboratorio sin una orden médica. Es decir, estos exámenes no tenían asignado un notificador que los incorporase en el sistema Epivigila. En definitiva, el médico, además de su labor de facultativo, debe realizar la carga administrativa de tomar el examen e incorporarlo en el sistema. Y esto está así establecido; es una cuestión de mérito respecto de la cual no nos podemos pronunciar. Entonces, el problema radica en que, sobre todo las seremis de Salud, no habían implementado acciones tendientes a fiscalizar a los notificadores, es decir, a los médicos, para que hicieran la notificación de los casos positivos en el sistema. Detectamos, por ejemplo, que 135 personas tenían perfil notificador, pero que no estaban

registrados en la base de prestadores de salud. Es decir, solo un médico puede ser usuario como notificador; pero, a pesar de eso, detectamos 500 y tantos casos, pero se aclararon, parcialmente, un buen número por parte de la Subsecretaría, quedando un total de 135 sin esa aclaración. Ahora bien, una de las explicaciones, que nos pareció bastante razonable, es que con ocasión de la pandemia se ha permitido contratar a médicos extranjeros que no tengan rendido el Eunacom. Producto de esta sola observación, que ya está concluida, la Contraloría está llevando adelante un sumario respecto de estas diferencias –por decirlo en términos suaves- por el número de contagios y por los problemas que presenta el sistema Epivigila.

En primer lugar, y vinculándolo con lo que dije al comienzo de mi intervención, la pandemia plantea un escenario de tremenda incertidumbre. La pandemia nos está haciendo imposible planificar el trabajo institucional, que es complicado, y también a nivel personal. No se sabe cuándo volveremos a trabajar de manera presencial; no se sabe cuándo los niños volverán a clases presenciales; no se sabe cuándo abrirán el comercio, los restaurantes, estadios, cines, etcétera. Tampoco sabemos si va a existir una vacuna o no, si alguna vez existe, lo que incluso es debatido científicamente; cuántos enfermos más habrá, considerando que nuestro país tiene una de las más altas tasas de contagio, o si finalmente el virus será simplemente una enfermedad grave a la que nos tendremos que acostumbrar. En esta situación de incertidumbre, desde la Contraloría vemos que esta es una oportunidad para modernizar el Estado, porque nos hemos tenido que ir adaptando sobre la marcha. Obviamente, habría sido deseable contar con una regulación de teletrabajo en el sector público, sobre todo en cuestiones tan domésticas desde el lugar de trabajo que va a tener esa persona, si va a tener una silla adecuada o no, hasta quién paga el internet para conectarse. Sin perjuicio de cosas un poco más sofisticadas, como temas de ciberseguridad y mecanismos de flexibilidad horaria.

Por ejemplo, con el propósito de evitar más contagios, una de las cosas a las que nos tendríamos que adaptar sería a que no hubiese hora *peak*, sino que efectivamente los funcionarios pudieran entrar a sus trabajos en distintos horarios para evitar las horas *peak*. Asimismo, adoptar mecanismos que entreguen una mayor flexibilidad laboral. Por ejemplo, el Estatuto Administrativo permite el trabajo de medio tiempo, en el caso de una persona, un padre o una madre profesional que quiera trabajar media jornada, pierde la asignación profesional. No es que se divida a la mitad, sino que se pierde el componente más importante de su remuneración, porque así está establecido.

Lo mismo sucede respecto de reglas de protección de la maternidad en relación con personas que están contratadas a honorarios o la situación que se dará con los feriados. Es muy importante saber qué va a pasar con ellos. Este año, la mayoría de los funcionarios públicos que no tomaron vacaciones hasta febrero de este año, podrán traspasar todas sus vacaciones para el próximo año. Yo mismo, contralor general, tengo 25 días de vacaciones de este año que los puedo dejar para el próximo año. Entonces, el próximo año tendré 50 días de

vacaciones, eso quiere decir que legalmente podría estar dos meses fuera de mi oficina. Pero, obviamente, eso no puede ser, una situación así podría paralizar el servicio público. Por lo tanto, debe estar regulado porque, si bien es un derecho del funcionario, tiene que haber continuidad del servicio. ¿Qué ocurre con las horas extraordinarias? Hemos dicho que si hay teletrabajo, no puede haber pago de horas extraordinarias, porque es imposible controlar la jornada. Incluso, hemos recibido denuncias acerca de que en ciertos lugares, ciertas instituciones públicas, han pagado horas extraordinarias a pesar de estar en teletrabajo.

Asimismo, hay que determinar cuál es la capacidad de carga de los edificios institucionales. ¿Qué quiere decir eso? Obviamente, va a tener que estar mucho más desahogado, por así decirlo, o sea, no van a poder tener tantos funcionarios por metro cuadrado. Esta también es una oportunidad para hacer tramitación y gestión documental electrónicas, lo que, obviamente, es un salto adelante en la gestión del Estado. En definitiva, avanzar en, lo que se denomina en todo el mundo, un gobierno de datos en el Estado de Chile.

Respecto de las medidas que se van adoptando a propósito de cómo ha ido evolucionando la pandemia, y sobre todo desde el punto de vista de las decisiones que han ido tomando autoridades, jefes de servicios, alcaldes, seremis, en sus respectivos ámbitos, respecto de si hay desconfinamiento y cómo se hace con los funcionarios, lo primero que debo decir es que la Contraloría tiene una facultad dictaminadora que le permite decir, en virtud de un dictamen, que en una interpretación válida puede hacer tal o cual cosa, de acuerdo con la normativa vigente. Por lo tanto, en el primer dictamen que había citado dijimos que los jefes de servicio pueden disponer de teletrabajo, pero como Contraloría no podemos ordenarle al jefe de servicio que adopte teletrabajo o que cuide a las personas que están en situación de riesgo. La visión legal de quien tiene ahí la decisión es el jefe del servicio; por lo tanto, queda entregada esa facultad al criterio del jefe de servicio.

Como jefe de servicio, le puedo indicar cuál es mi visión ahora frente al uso de esa facultad legal. Independientemente de que haya un plan de desconfinamiento, mientras no exista una mayor seguridad no puedo hacer venir a trabajar en forma presencial y arriesgar a personas que tienen una condición preexistente, que están en situación de riesgo, o a padres que están a cargo de niños menores o a personas a cargo de adultos mayores que no son autovalentes. Ahí existe una cuestión de sentido común al ejercer la facultad. Eso es lo que le puedo decir, pero como contralor no puedo obligar al seremi o al jefe de servicio que tiene que aplicar teletrabajo, porque esos está dentro de la facultad jerárquica que esa persona tiene.

Desde el punto de vista de la rendición del teletrabajo, por así decirlo, de cómo se puede controlar y qué tanto puede uno exigir, lo primero que hay que aplicar es el sentido común, en los siguientes términos. Si uno toma el ejemplo de la persona que tiene a cargo hijos menores que no están asistiendo a clases, viven en un departamento chico, los niños se están subiendo por la paredes, y

además tiene que hacer de profesor o de profesora, dedicarse a las cosas domésticas, y además tiene que rendir en el trabajo, esa es una ilusión, eso no es real. No le puede exigir a una persona que está en esas condiciones de teletrabajo que rinda lo mismo que si estuviera en una situación normal. Esa es la circunstancia básica, que también nos pasa en la Contraloría. Tengo decenas o centenas de funcionarios que me dicen que pueden empezar a trabajar después de las seis, cuando ya han terminado de hacer todo lo que los niños o la casa le exigen. Obviamente, a esa persona no se le puede exigir lo mismo que si estuviera trabajando en forma presencial.

Hay casos en que que por la naturaleza de la función esa persona no va a poder trabajar. Por ejemplo, un conductor que maneja un vehículo institucional obviamente no puede hacer teletrabajo. Usted le puede dar otras tareas, pero no puede hacer teletrabajo. Entonces, ahí de nuevo queda un poco entregado a cómo se ejerce la jefatura por parte de ese jefe de servicio.

Por eso decía que esta es la oportunidad para que estas cosas queden reguladas, porque no puede ser que porque sea un criterio del contralor haya un dictamen que permita que se pueda hacer o no. Esto debería estar en el Estatuto Administrativo. Debería ser general para todas las instituciones del Estado, con la salvaguarda que usted señalaba.

Obviamente, las fiscalizaciones están en el nivel central, pero están repartidas a lo largo de todo Chile desde el punto de vista de residencia sanitaria, de infraestructura, de compras, de adquisiciones, etcétera.¿Qué pasa con lo que hoy se estaba haciendo?. Aquí hay tres grupos de cosas. Algunas han seguido su curso; hay auditorías que van por sí solas y que han seguido su curso. Por lo tanto, lo único que ha ocurrido acá es que hemos sido un poco más flexibles con los plazos, pensando en auditorías de las Fuerzas Armadas, por ejemplo, que no tienen nada que ver con este tema, sino con pasajes y fletes en las Fuerzas Armadas. Eso sigue su curso, se han ido entregando, y obviamente que ese equipo está concentrado en esa labor y no está totalmente concentrado en temas covid. Luego, hay otras auditorías que se refieren a materias que están en primera línea, como una auditoría a un servicio de salud o a un hospital, pero que no tienen que ver con covid. Por ejemplo, que tenían relación con pagos de horas extraordinarias, pago de remuneraciones, o revisar otro tipo de contratos, obviamente que esas auditorías en este momento están suspendidas, porque no las hemos podido llevar adelante debido a que los equipos son los mismos. Después, un tercer grupo de cosas que ni siquiera habían comenzado. Estoy pensando en muchas de las auditorías municipales, teniendo en cuenta que este año habría elecciones municipales. Las habíamos programado el año pasado y no las vamos a realizar este año, por lo menos no la realizamos el primer semestre.

En cuanto al Hospital Digital, hubo una demora del propio ministerio, por razones evidentes. Por eso nos hemos demorado, pero estamos en la redacción del informe final.

La materia la estamos analizando; estamos viendo la auditoría de Espacio Riesco. Es un elemento de la auditoría. Por lo tanto, con eso quiero despejar la duda de si lo estamos investigando o no. La respuesta es sí, se está haciendo y es materia de la auditoría. Sobre la utilización del recinto, eso está dentro de la auditoría que estamos realizando a Espacio Riesco. La foto que está en la presentación fue tomada el día de ayer por nuestros fiscalizadores en terreno, mientras realizaban la fiscalización en Espacio Riesco, precisamente para saber cuál era, en ese momento, el nivel de ocupación que tiene este centro de eventos.

Desde el punto de vista de la utilización de Espacio Riesco para pacientes no covid, y si tuvo un sentido práctico la contratación de dicho lugar, derechamente debo decir que son decisiones que toma la autoridad, decisiones que están dentro de su ámbito de gestión y de su discrecionalidad, y ahí la Contraloría no puede hacer nada. Nosotros podemos decir: “mire, usted decidió ocupar ese lugar para covid y no lo hizo, o lo ocupó parcialmente”, pero si la decisión fue buena o mala no podemos opinar como Contraloría, independientemente de que uno pueda formarse su propia opinión; pero, reitero, ahí no puede entrar la Contraloría. Ahora, tengamos en cuenta la incerteza que ha planteado esta pandemia y cómo iba a evolucionar.

En materia de cifras, existe la pregunta de por qué no se quiso comunicar. El hecho objetivo es que 34.000 PCR positivos no estaban reflejados en las cifras que estaban entregadas. Insisto, este es el hecho objetivo, esto es lo que entrega la auditoría, no dice de quién es la culpa ni quién es el responsable. Para determinar esa culpa y al responsable está el sumario administrativo y eso es lo que estamos haciendo. En la presentación aparece como “acciones derivadas”, pero el sumario lo estamos haciendo nosotros, como Contraloría, para determinar qué pasó y quién tomó la decisión de no haber transparentado la información. Como dije, 34.000 PCR positivos es un número bastante alto, y, como se esboza en la auditoría, el problema de que no se reflejase este número en la cifra oficial, es que generaba una mala información, entendiendo que una información de calidad es determinante para tomar decisiones de trazabilidad, de fiscalización o de confinamiento.

La misma auditoría tiene una segunda arista, que es la de fallecidos. El ministerio nos pidió una ampliación de plazo para poder responder a las observaciones o adaptar sus cifras a lo que le estábamos observando. En este momento, estamos redactando el informe final, en esa parte.

El Colegio Médico hizo una presentación sobre trazabilidad, estamos trabajando en esa materia y es uno de los aspectos de la auditoría que estamos haciendo como Contraloría y que denominé: auditoría a las cifras.

Respecto de la contratación de Espacio Riesco, la facultad a la que se alude es ni más ni menos que una facultad presidencial que está consagrada en la Constitución, y es una facultad discrecional. El primer elemento de la

discrecionalidad, de esta facultad legal, es si la uso o no, y es una facultad del Presidente. Por tanto, está en su poder determinar si la usa o no directamente y, en este caso, no la uso directamente. Eso es lo que hoy podemos constatar, pero por qué no hizo otra cosa, es algo que no puedo responder.

Respecto de si las decisiones que se están tomando, a partir de las cifras, de decretar cuarentena, de desconfinar o del plan paso a paso son del Presidente o son del comité. En realidad, este comité corresponde a una especie de actuación informal de la administración; este comité no es un órgano público, sino que es un mero comité asesor que se escucha o no, pero la decisión, la potestad, la facultad legal la tiene el Presidente de la República y en quien la delegue, que, en este caso, es el ministro de Salud. Entonces, ellos son los que toman las decisiones, porque ahí es donde está el poder público, que tiene la facultad por la Constitución y por la ley. Entonces, este comité es simplemente, como se denomina técnicamente, una especie de órgano asesor, una manifestación de la actuación informal de la administración, no es un órgano público, no ejerce poder público. Un ejemplo concreto de ello es que no hay responsabilidad administrativa de las personas que participan. Nosotros no le podemos hacer un sumario a esas personas, porque quien tiene el poder es la autoridad pública, el ministro y el Presidente de la República.

3.29.- Experta en estadísticas de salud, doctora Danuta Rajs Grzebien:

Quiero informar que desde el inicio de los trabajos en torno a la pandemia, el ministerio procuró generar un sistema de información sobre defunciones propio, distinto del tradicional, lo que se puede llamar tradicional porque el DEIS existe desde el año 2000. Ese sistema, en el momento de inicio, no estaba completamente preparado para empezar a informar a diario las defunciones ocasionadas por la pandemia. Era un sistema que funcionaba, como ha funcionado desde hace años, con una descarga semanal de la base de datos del Registro Civil y con el trabajo ulterior sobre ella. Sin embargo, por consejos que fueron acordados en el Comité Nacional de Estadísticas Vitales, el DEIS se empezó a preparar para entregar información diaria de defunciones, cosa que, como digo, no estaba haciendo, porque no era su forma de funcionar, no estaba en función de una epidemia de este nivel, y se demoró un par de meses en entregar esa información a diario, con un esfuerzo bastante especial del grupo que trabaja en esa función dentro del DEIS, grupo que integra la principal experta en clasificación de enfermedades y que es quien codifica las causas de muerte junto con un grupo de otras funcionarias, y de la propia jefatura del DEIS, que tampoco estaba en la línea de empezar a informar a diario las defunciones.

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

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

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

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

Esto implica asignar el código mediante una serie de reglas, que son complejas y que no voy explicar, y que están disponibles en el volumen II de la clasificación estadística internacional de enfermedades y en las normativas impartidas por la Organización Mundial de la Salud desde enero de este año. Repito, se realiza esa codificación de las causas, dando lugar a dos grupos, que son parte del mismo gran grupo, me refiero al grupo covid-19, que son aquellos que son confirmados mediante exámenes de laboratorio, es decir, prueba de PCR positiva para covid-19 y que se codifican con el código U07.1, y aquellos que son no confirmados por laboratorio, sino clínica y epidemiológica, que se codifican con el código U07.2. Estos dos códigos, por supuesto, son sumables, porque forman parte del código U07. Por lo tanto, esas son las defunciones por covid-19. Sin embargo, hay que señalar que la información que se obtiene día a día es siempre preliminar, porque se usan muchas otras fuentes para ratificarla. Por ejemplo, la fuente principal es el certificado médico de defunción y, sobre ese documento, se aplican reglas de codificación.

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

Generalmente, el ciclo completo de estadísticas de causas de muerte de un año se concluye a fines del año siguiente, porque el año estadístico que se define para causas de muerte es de 15 meses, no de 12 meses. Es decir, el año estadístico dura hasta el 31 de marzo del año siguiente, lo cual está definido de esa manera por norma de este convenio tripartito para las estadísticas vitales que, como señalé, es el que se reúne mensualmente, desde 1982, y que define una serie de pasos técnicos, todo ello muy largo de describir. Lo importante es que, en función de lo anterior, se termina decidiendo la causa definitiva de muerte al año siguiente y es así no solo en Chile, sino en todo el mundo. En nuestro país contamos, por suerte, con este comité y con este grupo de trabajo que está formado por representantes de las tres instituciones que mencioné, pero en el que la única institución que define la causa básica de muerte y las causas adicionales o concomitantes es el DEIS del Ministerio de Salud. Las otras dos instituciones son entidades que registran.

El Servicio de Registro Civil e Identificación registra cuando la población quiere, no cuando uno quiere. Por mí, ojalá, las defunciones se registraran 10 minutos después de ocurridas, pero no es así, esa no es la realidad y en ninguna parte del mundo lo es. Lo que hace el Servicio de Registro Civil e Identificación es registrar lo que algún declarante va a inscribir con un certificado médico de defunción, que además debe tomar los datos exactos de lo que está en el certificado médico de defunción. Ese contenido es el que después pasa -además, el DEIS dispone de copia del certificado médico y de defunción- al proceso de codificación y análisis en el DEIS.

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

Finalmente, ese trabajo conjunto es el que da lugar a las estadísticas de causas de muerte, pero eso no obsta a que, mientras se logra, no podamos estar informando todos los días, que me parece un poco exagerado, pero, por ejemplo, todas las semanas o todos meses, las causas de muertes que están inscritas, las

que se pueden informar tal como están y entendiéndolas como causas preliminares, porque algunos casos después van a ser descartados, que es lo que está ocurriendo en este momento con los datos de los meses anteriores, pues algunos casos están siendo descartados.

Pedí pero no pude obtener para hoy el número de casos de los meses anteriores que, habiendo sido inscritos inicialmente como probable covid-19, o sea, con el código U07.2, fueron descartados. Eso es lo que podría contar en cuanto a cómo se genera esta información, que es la información oficial de causas de muerte, pero que aún no tiene el carácter de oficial, sino de preliminar, porque se está trabajando sobre esos registros, haciendo múltiples verificaciones que muchos de ustedes conocen que se hacen. Además, como dije, debe terminar el año estadístico, que termina en marzo del próximo año, para saber finalmente cuántas defunciones por covid-19 vamos a tener, lo que no sabemos todavía.

El tratamiento recomendado por la OMS para los casos y para las defunciones es un poco distinto. Ahora me dieron acceso al Epivigila para ingresar un caso de algún paciente que haya visto; sin embargo, ustedes saben bien que no es eso lo que hago. Entonces, para el tema de las defunciones, lo que predomina es lo que señala el médico en el certificado de defunción. Por lo tanto, si el médico puso covid-19 en una posición apropiada, esa es una defunción por covid-19, independientemente de que se haya realizado o no el examen PCR.

Cuando se me pregunta por 34.000 casos que no estaban informados, pero eso era un tema de tiempo y no de que no se iban a informarlos nunca. Hubo un atraso en el Departamento de Epidemiología y en los servicios de Salud, por carecer, seguramente, de suficientes recursos para ingresar esa información o para darla por definitiva, porque, obviamente, una base de datos de lo que usted quiera, sea de casos o de defunciones, no puede darla por definitiva al día siguiente. O sea, debe mirarla con bastante detalle, hacer todas las validaciones del caso y recién en ese momento ponerla a disposición. Me parece que hubo atrasos en el ingreso de los casos a las respectivas bases de datos, pero en el caso específico de las defunciones eso está completamente superado, lo cual no significa que estén todas inscritas, porque dependen de la inscripción que hacen las personas y no, por ejemplo, de que el Servicio de Registro Civil las tenga inscrita. Dicho Servicio depende de que un deudo vaya hasta al registro e inscriba esa defunción. Seguramente no lo ha hecho por veinte razones, o porque todos los miembros de la familia están enfermos y ninguno puede salir ni gestionar, ya que la gente inscribe las defunciones para darle sepultura o proceder al proceso de sepultación y no porque nosotros queramos hacer estadísticas. Entonces, en muchos casos ha ocurrido que los cuerpos se mantienen almacenados en las cámaras frigoríficas de los hospitales, o del Servicio Médico Legal, o de donde sea, y no son recabados porque no hay ningún miembro de la familia en condiciones de hacer ese trámite. Por lo tanto, de repente aparecen defunciones inscritas 15 o 20 días después de ocurridas, para lo cual los familiares deben hacer un trámite legal. Ellos no pueden inscribir directamente en el Registro Civil; o sea, deben hacer el trámite judicial.

Finalmente, hacen la inscripción, retiran el cuerpo, hacen la sepultación, etcétera, todas las cosas derivadas de aquello, pero que a nosotros, en el ámbito de las estadísticas de causas de muerte, obviamente nos implican que haya defunciones que ocurrieron por esa causa y que todavía no conocemos, porque no han sido inscritas, lo cual es lógico, válido, etcétera.

Ahora bien, en cuanto a los 34.000 casos no comunicados, son dilaciones del registro. Partamos diciendo cómo funciona nuestro sistema de salud. Cabe recordar que desde 2004 o 2005, según la ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, la distribución presupuestaria fue bastante especial: 96 por ciento en las redes asistenciales. El área de la autoridad sanitaria, donde se reconoció la ubicación de los órganos estadísticos, y si bien los servicios de salud cuentan con órganos estadísticos la ubicación primordial se entendió en salud pública, y quedó con un nivel de recursos no tan importante. Entonces, no es raro que ocurran esos atrasos o dilaciones cuando el número de casos es muy grande.

En este momento en términos de defunciones todo lo que está inscrito por covid-19, incluso por otras causas, está al día. O sea, apenas llega la base de datos del Registro Civil se baja en la mañana temprano en el DEIS, que es el único lugar donde se codifican las causas de muerte. Ese mismo día en la noche esas causas de muerte están todas codificadas. Por lo tanto, se puede trabajar con esa información. ¿Qué ocurre con las defunciones por covid-19 que no cuentan con examen de PCR?. Si se mira lo que han estado informando los países a la OMS, se informa solo las defunciones que cuentan con PCR positivo. O sea, muchos países están haciendo eso, es decir, informando solo el código para quienes tienen PCR positiva, U07.1, no significando eso que van a ocultar el resto, sino que el resto está en estudio.

Primero, se ha observado que la mayoría, es decir, más del 70 por ciento ocurren en establecimientos de salud, en circunstancias de que más o menos la mitad de las defunciones en general en Chile ocurre en los domicilios y no en los establecimientos de salud. Es posible que haya mucha más certeza respecto de la causa de muerte en las que han ocurrido en establecimientos de salud. Si el médico certificó covid-19 con o sin examen de laboratorio, quien por lo demás está perfectamente facultado para hacerlo, pasarán a ser muertes por covid-19, pues no son discutibles. Si el médico lo certificó así, entonces no es discutible. Son discutibles aquellas que tienen algunas causas de muerte de una serie de términos que la propia OMS informó y entregó a los países para que sospecharan que podía ser covid-19, caso en el cual hay dos posibilidades. Una es que la causa de muerte diga otra palabra de una lista que la OMS entregó y que el examen sea positivo, en cuyo caso quedan como U07.1 inmediatamente, aunque no diga la palabra “covid-19”, pero sí otros términos equivalentes. Es una lista que aparece en los documentos que dije que la OMS ha publicado. No son tantas, sino que deben ser alrededor de diez palabras.

La otra posibilidad es que diga otro término y el examen de PCR sea negativo, en cuyo caso esas defunciones dejan de ser contabilizadas como covid-19 y pasan a otro grupo de causas dentro de la clasificación de enfermedades que ustedes conocen. Es una lista muy larga y tiene lugar para cualquier causa de muerte. Lo que quiero ratificar con eso es que a lo menos en el DEIS se ha hecho todo lo posible de parte de las codificadoras expertas para que no se vaya a subregistrar ningún caso de muerte por covid-19; o sea, está razonablemente seguro.

Al mismo tiempo, lo que la autoridad informa es lo que la autoridad decide informar. Seguramente, para el ministro y su equipo es válido informar las muertes que tienen examen positivo confirmado, en las que se hizo examen y arrojó resultado positivo. Las otras las dejan para estudiarlas más adelante. Por eso, creo que informan esas diez mil y tanto muertes –lamentablemente hoy no vi cuántas se informaron- en espera de que se confirmen aquellas que están codificadas como U07.2. Sin embargo, fehacientemente, sí le puedo decir que algunas van a ser descartadas y asignadas a otra causa de muerte. Si bien, en este momento, no sé cuántas, puedo afirmar que sí van a ser descartadas y van a ser asignadas a otra causa de muerte. Desgraciadamente, no le puedo decir cuántas, porque no alcancé a conocer esa respuesta.

3.30.- Especialista en salud pública, doctora Ximena Aguilera González:

Respecto de la pandemia, nosotros formamos parte del consejo asesor independiente del Covid-19; independiente, porque somos miembros de la academia y fuimos llamados de forma voluntaria a colaborar en esta respuesta del Ministerio de Salud frente a la pandemia. Nos constituimos el 11 de marzo, con fecha posterior al ingreso de la enfermedad a Chile. Para ubicarnos en contexto, el primer caso en el país se notificó el 3 de marzo, a pesar de que se detectó unos días antes. Con fecha 15 de marzo tuvimos la primera reunión del consejo, que fue un día domingo. En esa oportunidad, entregamos una serie de indicaciones y recomendaciones.

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

Cabe recordar que recibimos más de 400 casos importados desde España, principalmente, e Italia, que fue la forma en que ingresó la pandemia al país. En cuanto a detectar y controlar la fuente de contagio, ello implica lo que hoy se conoce como estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento. Para eso, recomendamos que el testeo fuera gratuito, por ejemplo, que se considerara como bien público, que se ampliara la capacidad de testeo usando a las universidades; que los pacientes, una vez detectados, quedaran aislados en establecimientos

hospitalarios, como una manera de controlar la diseminación de la enfermedad. Lo anterior no fue visto con muy buenos ojos por la comunidad médica, que estaba preocupada por el aumento que iba a ocurrir posteriormente en las camas críticas. En ese momento estábamos hablando de centenares de casos, por lo que necesitábamos controlar la fuente de contagio. Dentro de eso también estaba considerada la detección oportuna de contacto.

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

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

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

Respecto de la estrategia, mi opinión es que estamos en un contexto institucional, en que los servicios de salud pública han sido históricamente

desfinanciados, despriorizados y politizados, sumado a que no estaban trabajando en la preparación pandémica, lo que da un contexto institucional débil. Nosotros tenemos un sistema de salud segmentado y fragmentado, lo que también altera la capacidad de respuesta a una situación de emergencia como esta, además del contexto político y social en el cual nos encontrábamos, todas las cuales no eran condiciones favorables para ofrecer respuesta a una emergencia de esta magnitud. Creo que la estrategia se desbalanceó hacia lo hospitalario y se descuidó la parte comunitaria. En nuestras minutas insistimos, en muchas oportunidades, en la necesidad de implementar la trazabilidad con apoyo de la atención primaria, que históricamente ha participado en la detección y respuesta de los brotes.

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

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

Respecto de si los números actuales de aislamiento y trazabilidad van a ser suficientes, la verdad es que estamos muy preocupados de la trazabilidad. El testeo, la trazabilidad y el aislamiento son tres elementos muy importantes para tratar de contener los posibles rebrotes que probablemente van a ocurrir cuando la gente aumente su nivel de movilidad. Por eso, hemos tenido distintas entrevistas, incluso con asesores de atención primaria, respecto de cómo se está registrando, y nosotros hicimos en nuestra minuta de indicadores ciertas observaciones de cómo se estaban calculando y lo que nos interesa realmente que se calcule y comunique. Lo que interesa es que los casos se aíslen lo antes posible, porque esa es la fuente de contagio, y que los contactos se identifiquen y realicen cuarentena. Necesitamos conocer cuántos de los casos se han aislado en la forma más oportuna, y en ese sentido hay una discusión. Para nosotros debe ser desde

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

Por lo tanto, la trazabilidad lamentablemente recién ahora se está fortaleciendo, y en la medida de que los números entran a través de la plataforma van a ser más robustos y vamos a quedar más tranquilos. Personalmente, quedaría más tranquila sabiendo que en cada municipio hay una sala de situación, una sala de crisis donde se analiza la actividad diaria del territorio, porque lo que requiere esta pandemia es un comando territorial que tenga una visión integrada de lo que sucede en su territorio. Al respecto, tenemos algunas observaciones, por ejemplo, no estamos de acuerdo con el hecho de que el municipio no tenga acceso a los casos de las isapres. Pensamos que el municipio debe ser un comando que vea la integralidad de la situación de su territorio, de manera de que todos los días tengan una sala de crisis y rápidamente puedan designar y establecer acciones rápidas para controlar los eventuales brotes, lo que implica un nivel de comando y no solo de incorporar información a nivel local. No es como un micrófono, debe ser como un pequeño cerebro, porque no basta con que solo informe al nivel superior, sino que debe haber un nivel de comando a nivel del municipio para que se indiquen las acciones y sean oportunas. Si se espera que las acciones se tomen al nivel de la seremi o al nivel central siempre van a ser tardías, porque es muy distinta la situación a lo largo de todo el país. Por ejemplo, la situación de Santiago, donde están todas las entidades en los mismos territorios, comparada con la de Antofagasta o lo que ocurre en Iquique, o la situación de Calama, muy distante de Antofagasta. Por lo tanto, se necesita tener un comando en cada uno de esos lugares.

Respecto de la seremi, fue una mala idea que quedara a nivel político. Como país tenemos una autoridad sanitaria ganadera profesionalizada y una autoridad sanitaria humana no profesionalizada. Eso es algo que nos debe golpear y debemos volver a un servicio nacional que se haga cargo de la autoridad sanitara y no depender de las autoridades políticas de turno, en el sentido de que se ablanden los requisitos o se endurezcan, o que la gente entre o salga porque se lleva bien o mal porque son de la línea política de las autoridades. Somos un país que nos damos el lujo de enfrentar la mayor emergencia sanitaria de los últimos años con equipos que no tenían experiencia en los cargos directivos. Eso no debe volver a ocurrir. O sea, no nos podemos dar ese lujo, porque significa que se aprende en la emergencia, pero eso después se va a perder y en la próxima emergencia va a haber otro equipo de gente nueva que va a empezar a aprender en las situaciones de emergencias.

¿Por qué la autoridad desoyó lo de la atención primaria? Bueno, eso habría que preguntárselo a la misma autoridad. Lo que puedo interpretar es algo parecido a lo que dijo la doctora Marcela Hernando en relación con los sesgos de formación que tienen las distintas personas. Por ejemplo, si nunca trabajó en salud pública y siempre lo hizo a nivel de hospitales o clínicas, por más que sea un directivo no conoce la atención primaria, o quizás al conocer la debilidad de la

autoridad sanitaria se pensó que no iba a ser capaz de tener que montar una respuesta adecuada. Eso habría que preguntárselo a la misma autoridad.

Respecto de la actividad minera, creo que ha contribuido a los brotes tanto en la Región de O'Higgins como en la de Antofagasta, donde están las grandes minas. Eso también es parte del abandono de la preparación pandémica en las instituciones. O sea, una institución grande debe tener un plan de continuidad de negocios para catástrofes y también para pandemias. Eso es parte de las cosas que estructuralmente estaban debilitadas. Probablemente, la movilidad tuvo mucho que ver. Sabemos que hay gente que se mueve de la zona central al norte para trabajar; sin embargo, no hemos visto un informe epidemiológico que explique la vinculación, lo que uno necesita para tener un juicio categórico, que las seremis de las Regiones de O'Higgins y de Antofagasta informen la forma en que se está transmitiendo la enfermedad en esas localidades. Es decir, que informe cuáles son los conglomerados y qué puntos tienen en común, para tener una imagen más allá de la opinión que yo pueda tener. Ahora, me parece que la movilidad de las mineras tiene un rol en esto, pero mi opinión no está basada en un documento de investigación de las características del brote de cada una de esas regiones, algo que se necesita, además del informe de las mismas empresas, pero creo que el de las empresas por cierto que será sesgado. Por lo tanto, esperaría un informo de la autoridad sanitaria de cada una de esas regiones que diga cuáles son las características y las vinculaciones que tienen los casos con la actividad minera.

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

En primer lugar, el ministerio no siguió funcionando con su comité de emergencia. Lo habitual es que tenga un comité de emergencia al cual se invita a participar a expertos externos. Nosotros partimos como un consejo asesor independiente y no tenemos evidencia de que haya seguido funcionando el comité de emergencia, que reúne a todos los directivos del ministerio, para planificar la respuesta diaria. Me parece que el comité de emergencia se trasladó a la presidencia, lo que está bien, porque es una crisis de alto nivel, el Presidente está involucrado y toma decisiones, pero también en salud debería existir un comité de emergencia de las actividades sectoriales, y me parece que no ha existido. Por lo menos cuando hemos preguntado no nos ha quedado claro que haya estado funcionado así.

Para terminar con la idea de cómo funcionamos, supuestamente, de acuerdo con el decreto, una vez a la semana, pero la verdad es que nunca hemos

funcionado una vez a la semana. Al principio nos reuníamos prácticamente todos los días, incluidas comunicaciones por *Wasap* y correo electrónico, y reuniones por *Zoom*, que ahora son regulares dos veces por semana. Hubo momentos en que todos los días estábamos en comunicación, escribiendo las minutas, haciéndolo nosotros mismos, sin ningún apoyo de secretariado, lo que después se normalizó cuando salió el ministro Jaime Mañalich, a pesar de que con él acordamos tener, por lo menos, una coordinación con el ministerio para que nos facilitara la citación de las reunión y la revisión, a veces, de algunos documentos; sin embargo, finalmente nosotros seguimos revisándolos. Entonces, en algunos momentos se ha estado en respuesta a solicitudes específicas del ministro o de la subsecretaria, y se han hecho minutas de respuesta a sus inquietudes. En otras oportunidades, nosotros mismos nos hemos inquietado por la situación y hemos tratado de hacer ver nuestra preocupación a través de cartas, algunas privadas, a las autoridades, y también de comunicados públicos, advirtiendo respecto de lo que nosotros pensábamos de cuál era la situación y los posibles cursos de acción.

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

Respecto de si nos hacen caso, la verdad es que como comité hemos sido invitados a reuniones con el Presidente de la República en varias oportunidades. Esta es una situación también especial. Personalmente, no recuerdo otros comités en que el Presidente de la República haya invitado a los miembros y les haya pedido directamente su asesoría. A mí me consta, y nos consta, que el Presidente de la República ha leído los documentos y nos ha dicho directamente que ha tomado nuestra opinión en cuenta; lo ha dicho en todas las oportunidades en que nos hemos juntado con él; nos ha hecho ver su punto de vista y nosotros le hemos hecho ver el nuestro. Para nosotros, es claro que las decisiones se toman a nivel de gobierno central, y no sé si hay un quién o una entidad colegiada, un grupo de personas, pero sí, muchas de las cosas que nosotros hemos dicho, han sido escuchadas, aunque no todas. En un principio, algunas no fueron escuchadas o fueron consideradas tardíamente, como lo fue el traspaso de las atribuciones hacia la atención primaria, por ejemplo.

Ahora, ¿qué cosas han considerado? Por ejemplo, nosotros propusimos que el plan de desconfinamiento fuera por etapas; propusimos que se discutiera ampliamente, que hubiera una comunicación con las fuerzas sociales, de manera de que se definieran etapas y se fueran poblando de actividades, dependiendo de las características de cada una de las regiones, o que hubiera una plan comunicacional muy fuerte. Parte de esas acciones se consideraron; es más, se plantearon dos etapas más de las que nosotros habíamos propuesto. Después, en una reunión posterior rebajaron una de las etapas. Por tanto, en esas actividades

sí ha habido un diálogo. Sin embargo, es evidente que en un consejo asesor no siempre van a tomar todas las opiniones de uno, porque ellos también están viendo otros aspectos. Por tanto, en algunos temas sí hemos sido escuchados y en otros no. No podría decir que no hemos sido escuchados para nada, pero algunas cosas bien elementales de la primera parte de la respuesta a la pandemia, que fueron más directamente con el ministro, sí fueron muy difíciles de asumir. Ahí mencioné lo referido a los criterios de confinamiento.

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

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

3.31.- Especialista en salud pública, doctora Catterina Ferreccio Readi:

Respecto de la conducción de la emergencia sanitaria derivada del brote. Es verdad que nos encontramos con un sistema desmembrado, desintegrado y muy empobrecido en todo lo referente a salud pública. Desde hace varias décadas, sabemos que la autoridad sanitaria es muy débil, ya que no cuenta con recursos propios, en comparación con los distintos servicios de Salud. Esa es la verdad: nos encontramos con un sistema muy frágil. La epidemia era razonablemente controlable cuando partió. Dado lo que sabemos hoy sobre la gran cantidad de sujetos asintomáticos que transmiten el virus, no podemos hacernos la ilusión de poder controlar esta enfermedad en un ciento por ciento. Siempre se nos escaparán algunos casos, pero considerando que los primeros 400 casos correspondían a personas que venían llegando del extranjero, si nos hubiésemos planteado el aislamiento de esos casos desde el primer momento, que fue lo que recomendamos, habríamos impedido el contagio.

Eso fue lo que se llamó fase 2. Se denominó así a la situación en que, ante todos los casos importados, la tarea fundamental era evitar que el virus siguiera transmitiéndose al resto de la comunidad, y la manera más eficaz y de

menor costo social para lograrlo era tomar al infectante conocido y aislarlo, idealmente en un hospital. Eso fue lo que planteamos, porque de esa manera se obtendría certeza de que la persona infectada estaría bajo cuidado y dejaría de contagiar. Insisto, si hubiésemos implementado esas medidas, no habríamos dejado de tener casos comunitarios, seguramente los habríamos tenido, pero no de esa magnitud. Además, cuando uno parte con el proceso de aislar, de trazar, y empieza a levantar sus sistemas de información desde el principio, no llega a la expansión que llegamos a tener.

Hubo una estrategia y una filosofía detrás de esa estrategia. Recuerdo haber conversado con el ministro de Salud, quien tenía muchas expectativas en la inmunidad de rebaño, esa es la verdad. Él pensaba que iba a lograr inmunidad de rebaño, y por eso pensó en el carné de covid. Esa esperanza lo hacía pensar que no era tan malo ni tan grave que se infectaran muchas personas, si uno tenía un sistema de salud capaz de recibir a quienes enfermaban de gravedad, considerando que la gran mayoría sería de casos leves y que, probablemente, si se lograban manejar bien los graves, se podrían evitar los desastres que se habían visto recientemente en Italia, en Francia y en España. Hasta mediados de junio la obsesión eran los ventiladores y las camas hospitalarias, que por suerte las tuvimos, porque, cuando la transmisión del virus se expandió, fueron muy necesarias y estuvimos al borde de sobrepasar su disponibilidad. Entiendo que, en esa primera onda que acabamos de vivir, todas las personas enfermas tuvieron sus camas y ventiladores, aun cuando algunas debieron ser trasladadas a otras ciudades.

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

A poco andar, a raíz de un estudio que se hizo en la UDD (Universidad del Desarrollo) en Santiago, aprendimos que el porcentaje de gente que en teoría quedaba protegida y con inmunidad de rebaño no llegaba a más de 5 o 10 por ciento. A partir de aquello, fue bastante evidente que esa esperanza en la inmunidad de rebaño no nos llevaría por buen camino. Sin embargo, ya era un poco tarde, porque en todo ese tiempo, hasta junio, no implementamos ni desarrollamos nada de atención primaria, dado que además teníamos un sistema muy frágil, cuestión que todo el mundo de la salud pública le arranca al Ministerio de Salud y a las seremis, por lo politizadas que están. Si queremos trabajar en serio, nos arrancamos; ese es un problema del país. Entonces, con esa fragilidad y ese atraso, llegamos a esa situación. Dada esa fragilidad, tendríamos que haber partido mucho antes. Efectivamente, no hubo una esperanza ni una proyección de lo que iba a pasar, que no pasó en lo que se refiere a la inmunidad de rebaño.

En la Región Metropolitana estamos saliendo de esta tremenda epidemia, y no más del 10 por ciento de la población va a estar infectada, o sea, el 90 por ciento de los santiaguinos seguiremos susceptibles de contagio, y eso es

muy fuerte, ya que implica que estaremos obligados a implementar cuarentenas. Nuestro consejo no estaba por esas cuarentenas, queríamos prevenirlas, pero eso implicaba hacer un control de la transmisión. Las cuarentenas son el resultado de no haber podido parar efectivamente la transmisión desde el día cero, y ahora, con este nivel de transmisión, estamos muy preocupados por la forma en que va a seguir. Diría que tenemos el sistema de trazabilidad desde hace un par de semanas, o recién desde hace una semana, y está empezando a andar. El equipo técnico que está trabajando en eso en el Ministerio de Salud es muy pequeño y con poca experiencia. Sus integrantes son nuevos, están trabajando desde la mañana hasta la noche, tratando de echar a andar ese sistema de trazabilidad con muy pocos recursos, pero espero que se levante y que ayude a evitar una nueva ola de contagios.

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

Ahora, el brote se produjo por esta tremenda movilidad que hay en Santiago, en que la gente trabaja en una zona y vive en otra y, por lo tanto, era predecible lo que iba a ocurrir. En relación con lo que nos preocupaba respecto de la sectorización o a las cuarentenas dinámicas, y ahora el desconfinamiento dinámico, sabíamos que era imposible que si levantábamos una zona, la gente iba a venir a trabajar a esa zona. Por lo tanto, tenemos harta incertidumbre respecto de cómo va a seguir esta cosa.

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

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

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

3.32.- Intendenta de la Región de Coquimbo, señora Lucía Pinto Ramírez:

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

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

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

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

El 20 de marzo se empezó a implementar la primera aduana sanitaria en el peaje de Pichidangui, comuna de Los Vilos, en un trabajo colaborativo con el Ejército, Carabineros y el personal de salud. Este era el primer control hacia el norte de nuestro país, y hasta el día de hoy tenemos 899.347 personas que han sido controladas en este acceso sur de nuestra región hacia el norte.

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

El 24 de marzo, se implementan y ya se abren las primeras cuatro residencias sanitarias para atender a personas con covid o sospechosas de covid. Estas se abrieron en La Serena, en Ovalle, en Salamanca. Hoy día, contamos con doce residencias sanitarias en la región con 615 camas, para poder atender a aquellas personas que no puedan estar en sus hogares.

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

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

250 muestras diariamente y, además, comenzar con mayor cantidad de muestras a través de la atención primaria, de los SAR y de los SAPU.

El 6 de abril, antes de Semana Santa, implementamos este Plan Semana Santa. A contar del miércoles 8 de abril, reforzamos el despliegue de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, se coordinó con la fiscalía para ver cómo se iba a tratar el tema de las multas y sanciones para aquellos que no cumplieran con este plan, y minimizar el desplazamiento innecesario de personas, tanto de quienes llegaban de fuera de la región, que siempre en fines de semana largos llegan en gran número a nuestra región, como también el movimiento interno de la región. Además, se fiscalizaron segundas viviendas. Llevamos más de 500 segundas viviendas fiscalizadas en estos fines de semana. Entre ellas, las rutas internas de la región hacia los valles de El Elqui, Limarí, Choapa, y también la fiscalización de los bordes costeros, en donde se solicitaba a las personas su cédula de identidad y que señalaran cuál era la justificación para las salidas. Tuvimos éxito en ese Plan de Semana Santa y disminuyó en gran medida el número de personas.

El 7 de abril, el gobierno regional anunció la entrega de cerca de dos mil millones de pesos para enfrentar la pandemia. Estos eran recursos del gobierno regional que, en sesión ordinaria, el consejo regional aprobó de manera unánime los recursos, para, por ejemplo, el hospital modular que está ayudando a la región, principalmente, de Illapel; también, para la compra de ventiladores mecánicos, y equipos de PCR que tenemos que seguir trayendo a la región y poder aumentar los resultados.

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

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

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

El 4 de mayo, comenzamos el plan de pesquisa activa en la región. A través de los equipos de salud, se comenzó esta pesquisa de contagios, principalmente y centrada en las personas asintomáticas. Eran 200 muestras diarias exclusivas para esta pesquisa y nos centramos en el Eleam, en hogares de adultos mayores, en hogares del Sename y en lugares de gran afluencia de público como son los supermercados. Esto nos ayudó a aumentar el testeo en la región y, obviamente, poder pesquisar los casos que se podían presentar en aquellos lugares.

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

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

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

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

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

Posteriormente, el 21 de julio el gobierno transfirió más de 4.300 millones a los municipios de la región. Esos fondos, al igual que los de la primera transferencia, fueron de libre disposición para los alcaldes, para implementar

medidas respecto de la covid. Estábamos en la comuna de Illapel, con su alcalde Denis Cortés.

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

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

El 28 de julio, debido a los altos contagios que se presentaron en la comuna de Coquimbo, y en menor número en las comunas de La Serena, se debió decretar cuarentana. Si bien implementamos un plan de reforzamiento, tal como lo hicimos en Illapel y en Ovalle, no tuvimos buenos resultados. Hubo gran flujo de personas en los centros y en los servicios públicos, de manera tal que la medida decretada comenzaría a regir desde el 29 de julio, a las 22 horas.

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

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

Respecto de la fiscalización de las medidas de cuarentena, hay 500 funcionaros del Ejército, de Carabineros, de PDI y de la Armada trabajando. Tenemos cinco controles externos que están rodeando las comunas de La Serena y Coquimbo. Tenemos 24 puntos internos dentro de las comunas de la conurbación.

El 4 de agosto comenzó la instalación del hospital modular de La Serena, en el estadio La Portada. Nuestra región tiene un déficit tremendo de camas. Hay 1,2 camas por cada 1.000 habitantes, de manera que este hospital llega a reforzar ese ítem para atender de manera digna a las personas. Contamos con doce residencias sanitarias en las comunas de Ovalle, Coquimbo, La Serena, Monte Patria e Illapel, con 325 habitaciones, y un 72,6 por ciento de ocupación. Además, contamos 7 laboratorios de biología molecular, con un total de 35.626 PCR.

Tenemos un control de aduana sanitaria terrestre que ha fiscalizado a 1.208.302 personas. Tenemos aduana sanitaria en el aeródromo La Florida, de La

Serena, con 49.728 pasajeros controlados a la fecha. También tenemos controles de aduana sanitaria marítima, con 93 embarcaciones y 707 tripulantes. Tenemos 67.871 personas controladas durante el toque de queda.

Se han realizado 18.855 fiscalizaciones de cuarentena domiciliaria por parte del PDI, controles de segunda vivienda por parte de La Armada. Tenemos en cuarenta a 347.647 personas. Lamentablemente, se han detenido 578 personas. Desde que comenzó la cuarentena se solicitan en promedio 50.000 permisos temporales individuales diariamente.

3.33.- Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región de Coquimbo, señor Alejandro García Carreño:

Desde comienzos de este año, desde que comenzó la pandemia, hemos realizado diferentes tipos de acciones y de coordinación con diferentes sectores. De hecho, fuimos la primera región, aparte de la Región Metropolitana, donde supimos de los primeros casos de expansión de la pandemia, donde se hizo la primera reunión con la Onemi en conjunto con la gobernación marítima, con la PDI, con Carabineros de Chile, con el Ejército, con la DGAC, el Servicio de Salud y con la Intendencia, para hacer una revisión de los protocolos y para crear otros. Además, se hicieron los primeros simulacros a nivel de la red asistencial, para el caso de que existiera algún paciente positivo. En esta misma etapa de preparación se realizaron diferentes reuniones específicas, tanto con funcionarios de salud, desde el punto de vista de la red de salud, tanto del servicio como de la seremi de salud, y además se trabajó con el intersector con énfasis en los funcionarios, para revisar los distintos protocolos y procedimientos a nivel interno, con la finalidad de manejar en forma adecuada el curso de la pandemia. Como sabíamos que los casos eran importados, es decir, producto de la llegada de personas a través de los aviones, se trabajó en el aeropuerto para revisar los primeros protocolos. Por lo tanto, fueron los primeros protocolos que se mantuvieron y que se realizaron en conjunto con la DGAC.

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

Respecto de la etapa covid, porque la otra fue la etapa preparatoria del trabajo intersectorial y con la comunidad, desde que se confirmó el primer caso positivo se constituyó con la intendenta Lucía Pinto la mesa del comité de crisis, la cual se reúne hasta hoy en forma diaria. Posteriormente, se da el comunicado de prensa, indicando cuáles son las cifras y cómo ha sido el curso de la pandemia en nuestra región, con algunos barnices a nivel nacional, pero principalmente a nivel

local, y se refuerza el mensaje particularmente en medidas de prevención y de comunicación de riesgo en cuanto a covid-19. Se crearon aduanas áreas, terrestres y marítimas, las que se han ido implementando en Pichidangui. Cabe recordar que esta fue la primera aduana que se creó a nivel nacional, la que, debido a su éxito, fue trasladada a diferentes partes del país. Así que orgullosamente presentamos esta aduana a nivel nacional. Posteriormente, se crearon las aduanas de La Higuera y seguimos trabajando con las aduanas de puerto y con las aéreas. Todo ello ha sido bastante exitoso.

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

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

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

Por otro lado, se hizo un refuerzo al equipo de epidemiología. Más adelante voy a indicar la cantidad de personas que se contrató para esto, con lo que se quiso mejorar la trazabilidad de los casos de covid, entendiéndose que esta trazabilidad es prospectiva, o sea, se busca su origen, pero, además, se buscan todos los casos y contactos estrechos, tanto de alto riesgo como de bajo riesgo, para seguir haciendo el control específico de covid-19. En La Serena tenemos una oficina central tal como las tenemos en todas las comunas de la región. En la sede central se hizo la priorización y cada una de las oficinas

empezó a buscar, en forma activa, a las personas para ingresarlas a las residencias sanitarias.

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

Actualmente, hay contratados, en total, 315 funcionarios de la salud, los cuales se han sumado a nuestro equipo de la seremía, para abordar las estrategias epidemiológicas, de residencias sanitarias y aduanas. Estos funcionarios fueron capacitados en todos los protocolos específicos para cada una de las áreas que acabo de mencionar.

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

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

En la etapa de cuarentena se han realizado más de 14.000 fiscalizaciones en la conurbación La Serena-Coquimbo, la cual se está monitorizando en forma diaria, desde el punto de vista epidemiológico, desde el punto de vista salubrista, de redes asistenciales y de seguridad. La intendenta ya indicó las cifras respectivas en este punto. En relación con la difusión, que es un aspecto muy importante, que se ha hecho un paralelo y nunca se ha descuidado respecto de las medidas que se deben tomar, desde el punto de vista epidemiológico y de prevención, toda vez que sabemos que para una buena salud pública la prevención es esencial y, eso, la seremi de Salud lo sabe, que ese es su origen y alma de la institución. Por lo tanto, se ha trabajado en forma diaria, y hay contactos radiales, hay entrevistas en los distintos medios de comunicación de toda la región, reforzando estas medidas de prevención y, sobre todo, el autocuidado en toda la población. Podemos ver también que se ha trabajado con

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

Finalmente, respecto de la situación epidemiológica, si se fijan en el gráfico que se encuentra en el extremo superior izquierdo de la diapositiva, podemos observar la tasa de incidencia. Ustedes pueden ver que aproximadamente las primeros cinco semanas se mantiene en forma constante y disminuía cuando partió la pandemia. Posteriormente, en la semana 18, hubo cuatro semanas en que hubo un aumento leve y, posteriormente, en la semana 21 hubo un aumento bastante importante, sobre todo, en la provincia de Limarí llevado por la comuna de Ovalle, por lo cual tomamos la medida, en este comité de crisis, de armar el plan de Ovalle, como bien explicó la señora intendenta Lucía Pinto, el cual tuvo un efecto muy positivo. Lamentablemente, ese efecto positivo se dio en la semana 26. ¿Por qué digo lamentablemente? Porque empezaron a aumentar los casos en la provincia de Elqui, actualmente en cuarentena. Dicho sea de paso, el confinamiento está siendo efectivo en nuestra región, como se puede observar en el cuadro de color rojo.

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

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

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

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

3.34.- Director subrogante del Servicio de Salud Coquimbo, doctor Edgardo González Miranda:

En enero y febrero, se hizo la planificación y se preparó la red asistencial para enfrentar esta pandemia, con las instrucciones ministeriales y la

experiencia comparada de otros países. En marzo, todas nuestras unidades de emergencia personal estaban preparadas para la implementación de la toma de muestras de PCR en emergencia hospitalaria. A su vez, se había decidido adelantar el inicio de las funciones del Hospital Provincial de Ovalle, que es de alta complejidad -uno de los tres que tiene la región-. Inicialmente, el plazo estaba diseñado para el mes de julio, se adelantó a marzo, debido a una estrategia ministerial que también agregaba el Hospital Dr. Gustavo Fricke, el Hospital Clínico Félix Bulnes y entiendo que otro más. Cabe indicar que nuestra región, como lo dijo la intendenta Lucía Pinto, tiene nueve hospitales en tres provincias, con un índice ocupacional que es la mitad de lo que tiene el nivel nacional. Por lo tanto, agregar camas a la región, sin duda, tiene un impacto muy beneficioso. De la misma forma, a fines de marzo e inicios de abril, teníamos implementada una estrategia muy exitosa, que me imagino tienen muchos hospitales en Chile, cual es extender la atención hospitalaria a hospitalización domiciliaria, donde concurren equipos médicos, enfermeras, kinesiólogos y técnicos paramédicos a los domicilios de las personas para ser atendidas, tanto en adultos como en la parte pediátrica. Esta capacidad se triplicó a lo que se tenía antes. A modo de ejemplo, al día de hoy, existen más pacientes controlados con hospitalización domiciliaria covid-19 positivo -167 de ellos- y alrededor de 160 pacientes hospitalizados en camas hospitalarias. En consecuencia, ha sido una muy buena respuesta, muy bien aceptada y valorada por la comunidad.

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

El 15 de abril, se abrió y entró en funcionamiento el hospital de contingencia, que fue el antiguo Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas de Ovalle. Fue determinante, si uno lo mira a la luz de los resultados, para recibir pacientes de la región. Fue denominado hospital covid-19. La respuesta fue tan eficiente que también hemos recibido 24 pacientes ventilados de otras regiones en traslado aéreo. Nuestra región se ha hecho cargo de aportar a esta gran UCI nacional, como dice la autoridad nacional, por lo que cabe un reconocimiento a los equipos regionales en esta rápida respuesta.

La pandemia nos obligó a priorizar las cirugías oncológicas, GES y de urgencia, y a postergar todo lo que era electivo. Ahí hay un tema del que debemos hacernos cargo con la invitación del Ministerio de Salud para retomar la lista de espera quirúrgica. Incluso, aún hay pacientes que demandan por esta atención;

sin embargo, no se suspendieron cirugías oncológicas, GES ni las urgencias, por supuesto. En abril empezamos a trabajar en lo que se ha expuesto como los laboratorios de biología molecular. En la Región de Coquimbo la oferta era cero, pues todo lo que hacíamos en biología molecular era derivado al Instituto de Salud Pública o al Centro Médico de la Católica. Entiendo que esa era toda la oferta nacional. Posteriormente, se levantó un equipo que salió a terreno, con el objeto de ver las distintas universidades, facultades de Biología, alimentos, biología marina, centros de investigación y la industria, en general. Como resultado, al día de hoy tenemos siete laboratorios de biología molecular en una mezcla pública-privada, académica, y de centros de investigación muy interesantes, con equipos aportados por el sector privado; por ejemplo, las mineras, la Mutual de Seguridad, las compras del nivel central -Ministerio de Salud- y el aporte del gobierno regional en lo que respecta a los equipamientos centrales, que son el termociclador y el gabinete, principalmente. Esto es lo escaso en esta industria, que también entró en una guerra mundial, así como los ventiladores; sin embargo, se respondió a contar del mes de abril con alguna oferta.

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

Por supuesto, vino la complejización de las camas de la UTC. Nuestra realidad era de 22 camas UCI para toda la Región de Coquimbo. Actualmente, tenemos 86 camas UCI, es decir, se ha cuadruplicado. Al respecto, quiero subrayar que esto es más que un ventilador mecánico, por cuanto también tiene que ver también con personas capacitadas. Entonces, el esfuerzo de los hospitales en transferir conocimientos y capacitar a todos los equipos de médicos, de enfermería, kinesiólogos, fonoaudiólogos y técnicos paramédicos, para casi cuadruplicar la oferta de camas UCI, ha sido muy destacable, pues se pueden recibir con holgura pacientes de otras regiones. Eso ha sido muy destacado.

Frente a la necesidad de separar nuestra unidad de emergencia, en el ingreso de pacientes respiratorios y no respiratorios de covid, para prevenir el contagio en estos lugares de concurrencia masiva de personas, se instalaron carpas en las unidades de emergencia. Además, se hizo una reconversión de los espacios físicos al interior de los hospitales, para separar las urgencias respiratorias de las no respiratorias. Para enfrentar la pandemia, se hizo una inversión en los espacios físicos que tenían otro destino. De la misma forma, estos tres hospitales de alta complejidad de la región cuentan con un número muy bajo de camas, necesariamente se deben derivar pacientes a hospitales de baja complejidad, como comunitarios o extipo 4. En esos hospitales también se

reconvirtieron las camas de pediatría que tenían muy poco uso, a camas de adultos, lo que ha sido bastante exitoso.

Entre mayo, junio y julio empezaron a llegar los ventiladores mecánicos y otros dispositivos ventilatorios, como cánulas de alto flujo, hasta llegar a 86 dispositivos. Todos ellos provinieron de distintas fuentes, como ministerial, aporte de privados, compras de los propios hospitales y donaciones de fundaciones, permitiéndonos contar con ese número de camas UCI. Esto, aparte de 25 cupos intensivos más, que podrían ser equipos para ventilar personas, por ejemplo, con ventiladores pediátricos o máquinas de anestesia que no hemos llegado a usar. Por último, en el caso del hospital de Illapel también se agregó un PAME (Puesto de Atención Médica del Ejército), que son instalaciones muy adecuadas para poner camas. En este caso, son veinte las camas que se le agregaron al hospital de Illapel. Además, muy al inicio de la pandemia se tomó la decisión de incorporar a toda la red pública la oferta privada que existe en la región. Es así como la clínica RedSalud Elqui, se incorporó a la estrategia covid de la Cuarta Región, con una dirección delegada de médicos de servicios de salud y una administración delegada a cargo del funcionamiento de los recursos de la clínica. Algunos hitos son los equipos directivos regionales, los directores de hospitales, las gobernaciones, y que la superintendenta haya recorrido las instalaciones muy al inicio, para determinar la forma adecuada en que había que enfrentar esta pandemia, realizando en total veintinueve visitas a todos los centros de salud de la región.

Los equipos de salud ya en febrero empezaron capacitaciones, tanto en atención primaria, como en atención secundaria, en aspectos clínicos, pero también de la correcta utilización de los elementos de protección personal, separación de la sala de atención y manejo de pacientes críticos, cuyos aspectos eran impostergables de abordar. Además, en los servicios de urgencia se realizaron aislamientos diferenciados entre pacientes respiratorios de los no respiratorios para evitar contagios. El hospital Provincial de Ovalle comenzó a funcionar en marzo y con 220 camas adicionales. También el hospital de contingencia, y lo que ha significado la recepción de pacientes ventilados de la región y de todo el país, y sobre el aumento de 22 a 86 camas críticas, que son las que están funcionando en la actualidad.

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

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

humano, sin duda que atentaba contra la estrategia. Para ello, se realizó un proceso de reclutamiento, entrenamiento y contratación. En marzo contábamos con 389 trabajadores, en abril con 1.014, y en julio con 1.657, que se suman a los 11.000 de la red pública de la región, tanto de hospitales, como de atención primaria de salud. Esto nos ha permitido responder en el aumento de la oferta, ya sea con camas, laboratorios, unidades de emergencia o personal de aseo, pero también para establecer sistemas de turnos fragmentados que aseguraran que nuestras personas no se iban a contagiar en el tránsito ni circulación diaria hacia los hospitales. Hoy podemos decir con mucho orgullo observamos un ausentismo del 3 por ciento de nuestra dotación, porcentaje bastante razonable a la luz de los riesgos a los que están expuestos nuestros trabajadores.

Las personas contratadas han estado dirigidas principalmente a la atención directa de pacientes, como profesionales en enfermería, kinesiólogos, médicos, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio. El recurso humano adicional ha sido contratado para distintas estrategias, como laboratorios, hospitalización domiciliaria y para todo lo que tiene que ver con la apertura de nuevas camas y la complejización de las mismas, dado que convertimos camas básicas a camas medias, y muchas camas medias a camas intensivas, que requiere un estándar de recurso humano muy distinto. La estrategia fue contar con dotación, generar espacios de trabajos seguros y capacitar en prevención y atención de covid. También nos preocupamos de la salud mental de nuestros trabajadores mediante planes de intervención, para evitar el ausentismo, cansancio y agotamiento mental que ha significado enfrentar esta pandemia.

Respecto de la habilitación de la unidad crítica en el hospital de Illapel, para quienes conocen esta región, son tres provincias. Una de ellas, la provincia de Choapa, nunca contó con camas críticas. Los pacientes tenían que ser derivados en ambulancias, en viajes de tres o cuatros horas, desde Illapel o Salamanca o Los Vilos hacia Coquimbo y La Serena. Ahora, por primera vez esta provincia cuenta con estos dispositivos, y con personal, y espero que esto no sea solo durante la pandemia covid-19, sino que permanezca para dar respuesta oportuna en un procedimiento tan grave como es ventilar a pacientes más cerca de su lugar de residencia.

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

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

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

3.35.- Ex Ministro de Salud, doctor Álvaro Erazo Latorre:

Me incorporé como miembro del consejo asesor el 21 de marzo; el consejo se constituyó el 10 del mismo mes, y posterior a los anuncios que se hicieron en relación con el retorno a la actividad escolar, anuncios que generaron controversia pública, nos solicitaron –no por esta razón-, pero en ese contexto, que nos incorporáramos a este consejo junto al doctor O´Ryan. Desde entonces, por cierto, ustedes han recibido los antecedentes pormenorizados del trabajo del consejo a través de la doctora Jimena Aguilera, quien oficia de coordinadora, un cargo implícito porque no está establecido, pero ella es quien coordina el trabajo técnico de esta comisión. El consejo ha trabajado semanalmente, al inicio varias sesiones en la semana y, después, con un programa de actividades dos veces por semanas y, por cierto, también participando en una comisión que constituyó el Senado y que preside la senadora Carolina Goic. Ahora, todos los antecedentes que componen nuestro trabajo están registrados en la página *web* del Consejo. Están, por ejemplo, los documentos; nuestras posiciones respecto de aspectos que nos han consultado y también de otros en que, no siendo consultados, hemos considerado relevantes. Al respecto, existe un seguimiento, que está plasmado en documentos, por cuanto, muchas veces, las declaraciones no constituyen un buen argumento suficiente; por lo tanto, esa información está a disposición de todos.

Como ustedes bien saben, las emergencias y las situaciones de catástrofe siempre han motivado al Ministerio de Salud a constituir consejos técnicos. En el caso de lo que recuerdo, como subsecretario o ministro de Estado, constituimos varios consejos; el último de ellos en el que me tocó trabajar, en calidad de ministro, fue durante el período en que enfrentamos el H1N1 que, por cierto, no siendo de la magnitud del covid-19, también significó un gran esfuerzo. Cabe señalar que en ese momento, un consejo técnico asesor; entre cuyos miembros estaban la doctora Dabanch, que colaboró intensamente en nuestro trabajo, junto a varios salubristas, infectólogos, etcétera, jugó un rol muy determinante en cómo fuimos elaborando la estrategia y la respuesta sanitaria de ese entonces. En ese sentido, creo que un consejo técnico es fundamental y, por supuesto, debe tener características de autonomía e independencia. Este era un punto que quería destacar, antes de entrar en el detalle de lo que ha sido nuestro trabajo.

Hay aspectos en los que sí hemos tenido una correspondencia por parte del Ministerio, que ha reconocido nuestras recomendaciones, pero en otros, como fueron los preceptos originales de definir y acompañar en la estrategia de enfrentamiento de la pandemia, básicamente la organización de la respuesta sanitaria, sencillamente no fueron considerados, teniendo claro que no era obligación del Ministerio considerarlos. Sin embargo, tengo la impresión, desde una visión más integrada, de que hubo un aspecto crucial y que generó una serie de desencadenantes no favorables en la respuesta, por cuanto no se consideró,

mejor dicho no se optó por la atención primaria, como primera respuesta sanitaria frente a la circulación del virus, que como ustedes saben es un virus importado. Incluso, tuvimos casos iniciales que se centralizaron en la zona Oriente de Santiago, en Talca, más otros que desconocemos y que, efectivamente, lograron sortear las barreras de entrada que se inició tempranamente, como primera respuesta al plan de enfrentamiento de la pandemia. Por lo tanto, tengo la impresión de que ese factor, que fue, por supuesto, muy determinante, no fue casual. Creo que hubo un error de estrategia al subvalorar la capacidad de diseminación que tuvo el virus; además, esto fue parte de controversia, en términos de la toma de decisiones, por decirlo menos. Es decir, hubo muchos Estados –países- que subvaloraron y menospreciaron, a veces por falta de conocimiento o de información, porque –digámoslo así- de este virus no teníamos ningún antecedente, ya que el covid-1 había sido distinto. La experiencia de los asiáticos era mucho mayor, porque habían enfrentado otras situaciones de epidemia, entre ellas, el H1N1 y otras más, por lo que estaban mejor preparados que nosotros. Finalmente, creo que no se aprovechó al máximo esa capacidad de respuesta sanitaria, que es la única posible de hacer para una contención de la magnitud de la circulación que tenía este virus que, como ustedes saben, tiene varios indicadores, entre ellos, el famoso R efectivo.

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

Si traen a la discusión lo que hoy está en el debate es exactamente lo mismo que debiéramos haber discutido desde el primer día. Ese es el punto: el aislamiento, la detección, la trazabilidad, la búsqueda de los contactos estrechos, la encuesta epidemiológica y supervisar que esos aislamientos sean efectivos. No es solo un indicador de procesos, sino uno de resultados. Entonces, tengo la impresión de que se invirtió la estrategia, básicamente, porque como fueron tiempos acelerados, pero hubo varias semanas de por medio, se dio por “incapacidad”, en este caso del gobierno, de hacer esa contención y cortar la circulación del virus. Como saben, acá hay un matiz; incluso, la primera ministra de Nueva Zelanda dijo: “no solo hay que aplanar la curva, sino que aplastarla”. Claro, depende de la intensidad de la contención, el recurso de la cuarentena es un recurso, por supuesto, no es el fundamental. Por lo tanto, dependiendo de esa magnitud es si se va a diseminar o no. Creo que lo que pasó fue que se dio por

descontado que pasamos a una etapa 4 –por así decirlo-, una etapa más avanzada, donde ya el virus iba circulando y no hubo posibilidad tal de desplegar trazadores, porque hay capacitar gente, preparar equipos técnicos para hacer la trazabilidad, ya que no cualquier persona puede hacerlo. Además preparar, desde el punto de vista profesional, logístico, informático, esta capacidad de respuesta, de contención y corte de la circulación.

Ese es el dilema fundamental de la estrategia, incluso casi o más compleja, ya que el tema de la habilitación de las camas críticas, aunque es bastante todo lo que se hizo, es casi o más complejo habilitar la respuesta sanitaria desde los territorios, desde los municipios; capacitar a los que hoy conocemos como trazadores, entregarles las herramientas necesarias y preparar, logísticamente, el soporte informático. Ahí debiéramos haber puesto la mayor capacidad técnica y estratégica.

En segundo lugar, varios de ustedes han sido profesionales directivos y conocen el sistema de salud chileno, sin lugar a dudas con toda profundidad, es difícil traspasar esta responsabilidad a la atención primaria. Y creo que esto se profundizó con la separación de las dos subsecretarías. Al respecto, conozco bien el caso del VIH, sida, cuando hubo una pérdida de los contactos. No sé si recuerdan cuando la seremi y la dirección del servicio no conversaban, y efectivamente hubo problemas de identificación; y por supuesto, hubo que hacer la encuesta epidemiológica y el tratamiento adecuado de los casos, previa notificación. Ese es un signo, y ha habido varios otros donde se debe partir desde la premisa de que la respuesta sanitaria debe centralizarse con mucho mayor fuerza si hay dos subsecretarías en un solo mando central, justamente, para juntar la epidemiología con la gestión local, fundamentalmente, desde los servicios y la propia atención primaria. Creo que ese es un tema que hay que profundizar mucho más, podrá haber discusiones y soluciones, pero ese fue y sigue siendo el punto crítico. A mi modo de ver, hay serias dificultades para que los seremi jueguen un rol de mayor profesionalismo, desde el punto de vista de la salud pública y de la epidemiología, con el fin de ser el principal soporte de la respuesta sanitaria. Finalmente, esta es una respuesta de salud pública y, por supuesto, de las redes asistenciales también. Creo que ese ha sido el principal escollo, que tiene como agravante, según mi parecer, los problemas de falta de actualización y transferencia de información oportuna y adecuada a los niveles locales de salud.

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

varios meses. Por lo tanto, los recursos deben ser en un plan trimestral o semestral, por lo que la transmisión de esa información es clave respecto de cómo se va a manejar presupuestariamente esta respuesta sanitaria.

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

Nuestro recurso humano me sorprende, ya que ha tenido una capacidad extraordinaria, no solo del sector público, sino en todos los niveles. Ha sido extraordinario cómo los equipos de salud no solo se han enfrentado en la primera línea, sino también se han actualizado en conocimientos que han debido incorporar día a día, con distintos grados de incertidumbre, para enfrentar los riesgos que esto conlleva, con muchos prejuicios de la propia comunidad. Incluso, ustedes han escuchado el relato de distintos profesionales que en sus propios lugares de habitación son estigmatizados porque trabajan en el sector salud. Creo que ese es un gran logro. El recurso humano chileno, la cultura sanitaria, entendido en varias contingencias, creo que es bien destacado. Yo lo viví en el terremoto y al segundo día los equipos de salud estaban trabajando. Incluso, hubo algunos casos en que se trabajó, prácticamente, con hospitales casi destruidos. Por eso es que creo que, nuevamente, el sistema de salud mostró mucha capacidad.

En relación con los temas técnicos, creo que el tema de la información es relevante. ¿De qué información estamos hablando? Uno de los bemoles que ha tenido esta pandemia, ha sido justamente la información respecto de mortalidad, no solo en Chile, sino que en varios países. Todavía siguen existiendo dudas de la información que hay en varios países de nuestra región, pero también en países europeos. Creo que nosotros tuvimos alguna debilidad en haber considerado, por salvar la inmediatez de los datos, sustituir al DEIS, que como toda organización tenga su estadística, el hábito del registro que está en sintonía con el Registro Civil, y con el Servicio Médico Legal, por supuesto hay toda una metódica establecida en este minuto por la emergencia sanitaria, tuvo varios descalces, desde el punto de vista de la información. Afortunadamente, eso se ha mejorado, pero creo que hay que buscar una solución hacia adelante para fortalecer el trabajo del DEIS. Nosotros tenemos pocos codificadores y son codificadores expertos que tienen que ser parecidos en el futuro. Le Pedí, porque la conocía, a la doctora Rajs que se incorporara a trabajar en una comisión, afortunadamente el ministro accedió con absoluta convicción de que iba a ser un aporte. Y la doctora Rajs está trabajando en apoyar el trabajo de estadística sanitaria y, por supuesto, superar las controversias de los casos de fallecidos y las categorías que se usan,

como ustedes ya saben, de acuerdo con las normas internacionales para definir como tal el número de personas fallecidos.

La otra información que me parece importante, es la que se produce a nivel local. Creo que los sistemas de registros de casos deben asumir la capacidad, desde arriba hacia abajo y no solo de abajo hacia arriba. ¿A qué me refiero? Que el sistema de vigilancia epidemiológica Epivigila se va a validar siempre y cuando sea útil, adecuado, oportuno y asequible desde el nivel local. Tiene que validarse desde el nivel local el sistema Epivigila, y los servicios de salud tienen desarrollo propio. Es evidente que la necesidad de interoperar es fundamental y si no interoperan, es un enredo de marca mayor. Eso creo que se requiere resolver con mucha urgencia, ya que daña, efectivamente, la trazabilidad. O sea, no es posible la trazabilidad aunque sea física, porque, aquí, hay que ir a la casa, hay que entrevistarse con la persona, hay que ver cuántas personas viven, etcétera. Se tienen que registrar e informar adecuadamente hacia el nivel superior, que es el que hace las estadísticas y va informando a la población.

Lo otro, que es más cualitativo, es que en nada contribuye el exceso de confianza. Creo que, en materia de catástrofe, los chilenos hemos aprendido que la confianza es el peor enemigo. Y, aquí, se ha partido de una falsa premisa, dicotomía, entre economía y salud. O sea, es evidente que si esto no funciona adecuadamente la estrategia va a ser peor que la economía. Entonces, a veces algunos por querer acelerar el tramo y la propia gente que quiere trabajar como los independientes, las pymes o las empresas grandes, muchas veces nosotros debemos ser capaces de darles la confianza, y esa confianza muchas veces no puede estar sometida a una premura, por muy legítima que esta sea. Y, en ese sentido, esa ecuación ha sido difícil de manejar. Hasta el día de hoy no he escuchado nunca una justificación que me diga el fundamento de las cuarentenas dinámicas. Claramente esto pudiera ser una buena opción en comunidades más pequeñas, desde el punto de vista poblacional. Pero después de un tiempo tuvimos la oportunidad de invitar a uno de los expertos y le pregunté cuál había sido el criterio con el cual habían diferenciado una parte de Ñuñoa de otra, que era básicamente la avenida Grecia. No tuve respuesta. Me dijo: mira, esto es cualitativo. Entonces, esas cuarentenas dinámicas, fruto o producto de una, a mi modo de ver deficiente información, y no sé de dónde se sacó esa información y nunca la he visto respaldada, provocó una problemática mayor en la Región Metropolitana que hizo, finalmente, llegar a las cuarentenas. Ahora, no quiero decir que las cuarentenas dinámicas hayan sido el causante, pero es un punto muy necesario de investigar, porque, además, el desconfinamiento que se ha ido produciendo ahora tiene aspectos de desconfinamiento dinámico en la Región Metropolitana.

Finalmente, tengo la impresión de que el tema de la participación fue insuficiente, ya que las capacidades culturales instaladas que tiene Chile, en sus juntas de vecinos, en sus diversas asociaciones, se hubieran aprovechado mucho más para la respuesta sanitaria de lo que se logró. Los propios municipios tienen estructuras para haber hecho una mejor articulación y educación, transferencias

de capacidades en el bien local, un consejo mucho más amplio de organizaciones sociales, gremiales, etcétera, para haberlos puestos en una lógica más épica de lo que significaba y, por supuesto, de educación a la propia comunidad.

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

La institucionalidad del ministerio hoy día es débil en el contexto de la pandemia. Por ejemplo, la División de Atención Primaria ha estado ausente de la respuesta sanitaria. Nosotros creamos una división, en uno de los cambios organizacionales del ministerio, para potenciar la atención primaria. Era un departamento de atención primaria. Se creó una división, se fortaleció, y hoy día, cuando más la necesitamos, esa división de atención primaria recién está apareciendo con liderazgo.

A mi modo de ver, desde el punto de vista institucional, hubiese esperado una articulación del cuerpo ejecutivo, vale decir, de quienes son los jefes logísticos y, además, con mando de conducción, como son los jefes de división del ministerio, en un mando superior, y que ese mando superior se expresara en coordinaciones territoriales de seremis con directores de servicio afiatados para la respuesta sanitaria. Es decir, un esqueleto institucional que no se logró, que no se materializó al inicio, y que hoy ha ido mejorando en esa coordinación. En ese sentido, tuvimos el defecto de no haber adecuado la institucionalidad a la envergadura de la crisis que estábamos viviendo, porque si uno se queda con la misma institucionalidad y con las mismas jefaturas, y no hace una organización adecuada, porque de ahí vienen los COE y otras estructuras de emergencia, hubiese sido mucho más clara la capacidad de respuesta sanitaria. Ahora, esta institucionalidad también tiene que ver con cómo el mando superior, ministro y subsecretarios, actúan con plena sintonía hacia la estructura del Ministerio de Salud que, como ustedes saben, es una estructura que hereda gran parte, y en buena hora, de lo que fue el sistema nacional chileno, por muy segmentado que esté.

Tenemos directores de servicios con mucho liderazgo, con mucho ascendiente y, por ende, hay una capacidad instalada ahí, y seremis extremadamente debilitados, sobre todo en rol que se les asigna, que es precisamente ser el líder natural, la autoridad encargada de la salud pública y […] de la fiscalización o de los convenios que tienen. Entonces, ahí tenemos un problema mayor, que se ve agravado -a mi modo de ver-, porque las divisiones del Ministerio de Salud no acompañaron o no quisieron que acompañaran en plenitud a la respuesta sanitaria. Por supuesto que esta situación hay que observarla en detalle; lo que digo es una percepción. Por supuesto que en algunas divisiones se

ha trabajado mejor, en otras no, pero yo hubiera adecuado la estructura del Ministerio con mucha mayor claridad frente a la respuesta.

En la relación con el gobierno, hay reuniones que se llevan a cabo en la semana, reuniones que tienen la pretensión o el objetivo coordinar a los diversos ministerios. Pero en una condición de este tipo lo que corresponde es que el ministro de Salud hubiese liderado una suerte de comité interministerial, aunque lo hubiesen integrado los subsecretarios, para no pisar la personalidad de los otros ministros. Debimos haber tenido un consejo estratégico, en el que estuvieran Transportes, Vivienda y Desarrollo Social, y que el jefe de este comando de gobierno hubiese sido el ministro de Salud, de tal manera que hubiera dispuesto de todos los recursos; en definitiva, haber tenido un mando superior sobre otros, a lo mejor, con los subsecretarios. Sin embargo, eso no lo vi; y creo que gran parte de los problemas que hubo dicen relación con esto. Por ejemplo, algo se dijo en algún momento, de la necesidad de que el examen fuese gratuito; en segundo lugar, haber generado un subsidio para que las personas se quedaran en sus casas; sin una relación mecánica, porque nadie puede pretender crear un *voucher* para quedarse en la casa. Pero haber generado una respuesta social y financiera con estrategia de cuarentena. Hay que determinar cómo lo podríamos lograr en relación con las carencias sociales, que generan una serie de problemas, de vivienda, etcétera, es decir, falta esa parte. Desde ese punto de vista, considero que es débil.

Respecto de las seremías, son organizaciones que no actuaron en su debido momento; creo que no contaban con la preparación adecuada. Las seremías siempre han sido débiles en su estructura, pero ante a la contingencia se debió haber hecho un esfuerzo mucho mayor para habilitarlas técnicamente, o haber reasignado profesionales dentro de los propios servicios, con experiencia epidemiológica: por ejemplo, de la epidemiología, etcétera; pero eso no lo vi. Creo que, finalmente, el corte entre la respuesta sanitaria a nivel local y la institucionalidad ministerial es una brecha compleja, no resuelta del todo, hasta ahora, que se ha ido resolviendo.

Aludo a eso el comentario del ministro, comentario que es difícil de interpretar; pero creo que en parte el ex ministro de Salud, Jaime Mañalich, cuando renuncia y dice que se derrumbaron los castillos de naipes, esta frase tiene mucho que ver con los aspectos institucionales y de la información que había en ese minuto sobre el curso de la epidemia. Me refiero a la información epidemiológica, no a cualquier información, y a la capacidad de respuesta local. Creo que en esa fase perdimos el control de la epidemia. Mucho se ha dicho que siempre la tuvimos bajo control; sin embargo, hubo momentos en que la epidemia se descontroló y avanzó de manera aceleradísima la circulación del virus.

En relación con el desconfinamiento, no hay ninguna evidencia que sostenga que se esté haciendo de manera correcta. Creo que los argumentos, en aspectos sensibles como la conectividad, la conurbación que tienen regiones como la Metropolitana y otras regiones de la misma magnitud, como las del Biobío

o de Valparaíso, no tienen justificación. Me parece que estamos haciendo aseveraciones que no están plenamente justificadas, más aún si la trazabilidad todavía no tiene indicadores suficientes en varias comunas. En la trazabilidad es fundamentalmente el aislamiento, el seguimiento de los casos, de los contactos estrechos. Este aislamiento debe estar supervisado y la información recabada se debe notificar antes de 48 horas. Esos son -por así decirlo- indicadores fundamentales. La positividad ha mejorado, sin lugar a dudas, pero creo que, en la medida en que desarrollemos los famosos BAC (búsqueda activa de casos), tenemos que tener la capacidad para ir liberando comunas. La lógica de ir liberando comunas, desde el punto de vista sanitario y epidemiológico, salvo los controles naturales que tienen los alcaldes, es un riesgo importante -no quiero decir alto- pensar que con el desconfinamiento, realizado de esta manera, la gente no va a tener estos datos, que son del Centro de Modelamiento Matemático de la Universidad de Chile, en qué casos que son de comunas en cuarentena miden a comunas que no están en cuarentena. Hay estudios de origen y destino de las personas, y uno debiera ser mucho más cauteloso.

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

La OMS tampoco midió la magnitud de lo que estaba enfrentando durante los primeros días. No tengo la evaluación precisa respecto de la tardanza en términos de días, pero hubo matices que, mirados en perspectivas, me hacen señalar que la OMS debió haber activado todo de una vez. En ese sentido, creo que China actuó bien y pasó la información oportuna. Se mandó la codificación del virus en su debido minuto. La respuesta asiática fue muy buena, pues Vietnam, Tailandia, Corea del Sur y Japón tenían experiencia. Varios países asiáticoss respondieron aplicando, como en el caso de China, un *lockdown* muy estricto. O sea, cerraron la ciudad de Wuhan durante varias semanas e ingresaron a los pacientes contagiados a los hospitales, que es una recomendación que nosotros también hicimos. Los países europeos, por su parte, actuaron de manera disímil. O sea, claramente, respecto de Inglaterra y de Italia, podemos hacer una evaluación de la conducción de los Estados, de los presidentes, de los jefes de Estado. Hemos visto varias caricaturas de cómo algunos han subvalorado la respuesta sanitaria frente a la magnitud del problema.

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

modelo. Lo mismo respecto del retorno que anunció el gobierno, tampoco se nos consultó, por lo que tuvimos que pronunciarnos públicamente.

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

Por cierto que a la Organización Mundial de la Salud (OMS) nunca se le ha ocurrido cuarentenar o confinar a un país entero, como lo hizo Argentina. Nunca ha sido recomendación de la OMS, y a nosotros, a ninguno de los miembros de la comisión se le habría ocurrido sugerir que confinaran a todo Chile de una vez. Sí, desde el punto de vista sanitario y epidemiológico, con la evidencia geográfica, conurbanamente en ciudades como la de Santiago, utilizar la unidad geográfica, que es la provincia, con evidencia escasa, porque nosotros no habíamos tenido esta magnitud de problema. Créanme que nunca se nos ocurrió, y por eso le encuentro razón a la OMS, porque no podría sugerir que se confinara todo Francia o todo Chile de una vez, me parece que no tiene argumentos, porque hay cortes naturales, geográficos, etcétera. Por ende, creo que el gobierno ha considerado algunos aspectos y eso lo hemos valorado, pero hay otros aspectos sensibles sobre los cuales no se nos consultó. Eso está absolutamente claro. Podrían habernos consultado, pero en ese caso no conozco la razón por la cual no nos consultaron. El gobierno tiene toda la autoridad para hacerlo o no.

En relación con el comportamiento que ha tenido el sistema de salud chileno, aquí, hay un componente subjetivo, que es la capacidad de respuesta de los recursos humanos de la institucionalidad. Creo que nuestras cifras están en noveno lugar de fallecidos por millón de habitantes. Lo digo con toda claridad, a mi modo de ver, no es buena. Creo que nosotros merecíamos mejores indicadores, así como tampoco me parece bien estar en el quinto lugar de contagio por millón de habitantes. Podríamos haber estado en mejores condiciones, considerando la experiencia y creencia el sistema de salud chileno.Ahora, todo para responsabilizar a una u otra persona, creo que se debe hacer una evaluación ponderada de los diversos factores. Sin embargo, si me pregunta si es que estoy contento como para salir a celebrar por los resultados sanitarios que tenemos, no estoy contento. Creo que podríamos haberlo hecho mucho mejor, porque esas cifras son indesmentibles. O sea, muchos dicen que nosotros hacemos mucha trazabilidad, pero estamos en el lugar 46° de 215 países en cuanto a examen de PCR por millón de habitantes. Se lo comenté al Presidente en su oportunidad, pues él dijo en el mensaje que estábamos dentro de los primeros países en términos de exámenes por millón de habitantes. Entonces, le dije que estábamos en el lugar 46° de 215 países o en el lugar 23° de 116. Tampoco es que hagamos los súper hartos exámenes PCR.

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

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

El tema del retorno al trabajo, que es la otra función que tiene el ser humano, necesita contar con mutuales súper comprometidas con el problema que estamos viviendo. Ese es un ámbito que se necesita explorar mucho más para hacer un buen diagnóstico y ver cómo se integra, también, en la respuesta sanitaria y en la red frente a la pandemia. Mi convicción es que es fundamental lograr integración sistémica, organizacional. Creo que la experiencia de integración de las camas críticas ha sido un buen recurso. Es algo que también hicimos con ocasión de las campañas de invierno, por medio de un modelo de gestión centralizado de camas críticas.

Se me había quedado en el tintero el método *pool testing*, que es bastante eficiente. Nosotros lo hemos analizado como consejo técnico, y la Universidad de Chile está desarrollando y validando el modelo por medio de un plan piloto. También nos contactamos con la Universidad Austral, que está trabajando un modelo en algunas empresas. Esperamos contar con esa herramienta, sobre todo en espacios laborales y en zonas que supuestamente están libres de contagio, que permiten implementar un buen sistema de detección. También permite desconfinar o garantizar de manera oportuna la existencia de zonas libres de circulación del virus.

Justamente ayer estuvimos en el consejo conversando con el ministerio la necesidad de apurar un poco más el tranco en relación con dicho recurso, y también hemos estado viendo el test de saliva, que ha arrojado buenos resultados. Como ustedes saben, siempre existe otra referencia, que da cuenta de un déficit en su efectividad, pero en términos de sensibilidad y especificidad han sido

positivos, por lo menos en virtud de lo que hemos escuchado sobre la experiencia de la Universidad Austral y de la Universidad de Chile.

En la atención primaria, la trazabilidad, es fundamental, porque si esa información no es oportuna, se van a traspasar de una a otra persona los pocos o hartos contagios que hay. Por eso, esta información, uno no tiene toda la evidencia, aunque tampoco se trata de que hagamos peritaje en todos lados, pero aquí, uno le está transfiriendo la confianza al gobierno y a nivel local de los municipios; por eso, hay que hablar con ellos y tienen que haber mesas técnicas de coordinación para ver si, efectivamente, el 80 por ciento, que es lo que uno exige o demanda, o que es lo que hemos incorporado como indicador de aislamiento en 48 horas de los casos que son positivos, sea efectivo, porque, si no es así, el virus va a circular y no les quepa la menor duda de que va a diseminar nuevamente con fuerza. Si todos los informes que llegan nos indican que el ciento por ciento de los contagiados y de los contactos están aislados, pero resulta que el virus sigue circulando; bueno, ahí es donde empiezan a surgir las dudas. Entonces, en este tema hay que poner mucho énfasis en las próximas semanas.

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

Muchas veces vemos a la atención primaria como en un nivel de atención y no como una estrategia. La atención primaria es una relación, una capacidad, un despliegue para articular la sociedad en su ámbito local y los funcionarios que se desempeñan en ella son los que mejor conocen a la personas y a las familias. Entonces, cuando uno insiste en la atención primaria, mucha gente se queda pegada solo en el tema del consultorio y no es solo eso. La atención primaria es una respuesta sanitaria que identifica y conoce a las personas de la comuna, al igual que el nivel municipal en diversas aéreas, pero en el ámbito de la salud, de los determinantes sociales y todas esas cosas, resultan estratégicos frente a una pandemia. Creo que ese es el gran error: no haber puesto toda la capacidad instalada en la contención de la circulación del virus. Ahora, tampoco digo que la atención primaria lo puede hacer todo, incluso nos contaron que tuvieron pacientes hospitalizados; hay experiencias en donde aislaron a los pacientes en la atención primaria. Con esto quiero decir que la atención primaria es un hospital comunitario; por ejemplo, en las zonas rurales, los hospitales comunitarios son el eslabón que une toda la salud y, en ese sentido, es la valoración que uno hace y la consideración que se tiene sobre aquello.

Respecto de si los títulos médicos y no médicos influyen, creo que en el caso de la seremi ser profesional de salud es una condición. Lo digo sin mayor miramiento, de lo contrario, resulta difícil. Por ejemplo, es difícil que un economista pueda conocer con tanta sensibilidad profesional y conocimiento la salud pública en aspectos tan sensibles como la epidemiología o el conocimiento del análisis de riesgo sanitario. Ahora, puede que existan algunas excepciones, pero desde el punto de vista del perfil del cargo de autoridad sanitaria, del liderazgo que debe tener y de lo que uno quiere proyectar, la posibilidad de que el subsecretario de Salud Pública no sea profesional de la salud, me suena raro; que el subsecretario de Redes Asistenciales sea ingeniero, no lo recomendaría probablemente hoy, pero podría ser. Creo que la Salud Pública tiene cierto patrimonio, en cuanto al conocimiento y experiencia, propiamente tal. En ese sentido, necesitamos generar una profesionalización, porque hay poca gente profesional. Se ve un poco más de preocupación, de interés en formarse en ese ámbito, pero necesitamos generar una masa crítica en el mundo académico, en el campo de la Salud Pública y en la disciplina de la epidemiología en particular, porque muchas veces es postergado.

Respecto del plebiscito, creo que debemos hacer el máximo esfuerzo y lo podemos lograr si trabajamos cerrando estas brechas de los temas que aún están pendientes para lograr la mayor capacidad de seguridad ante la población y poder decirles que su voto será seguro. Creo que es un esfuerzo que se puede hacer, si no cometemos errores, si actuamos precipitadamente, si no bajamos la guardia y, sobre todo, si no perdemos de vista de la magnitud de la agresividad que tiene este virus. Hay un hecho que aún no hemos señalado, pero en los datos que tenemos de epidemiología, casi la mitad de los casos covid-19 son asintomáticos. Por lo tanto, usted comprenderá que la búsqueda de esos asintomáticos deberá ser activa; pero lo más importante es bajar y aplanar al máximo la circulación del virus, y mientras más rápido lo hagamos será mejor, porque no debemos darle tregua. Por eso, la primera ministra neozelandesa dijo: “no voy a aplanar la curva del virus, la voy a aplastar”. Y lo logró con 22 millones de habitantes, no miremos a menos Nueva Zelanda; debemos aplastar la circulación del virus y ese esfuerzo debe ser denodado.

En cuanto a recomendaciones específicas, me parece que no es bueno recomendar o sugerir que los pacientes con enfermedad activa vayan a votar. No creo que sea bueno, porque eso va a generar temor en la población. ¿Cómo le vamos a explicar a la persona que no tiene un nivel de conocimientos o educación adecuados que a los pacientes de covid-19 que voten les vamos a tener una caseta especial? Hay gente que estará con otras enfermedades y que probablemente no podrá votar, pero hay que buscar algún mecanismo al respecto. Pero si las personas no sienten que hay garantías efectivas, se podría generar una sensación de desprotección. Sin embargo, todo tiene una contraparte. Escuché a la presidenta del Colegio Médico dar buenas razones para buscar algunas otras alternativas respecto de los pacientes activos que deben votar. Por eso, el tema del PCR tiene que ser y seguir siendo una búsqueda activa, no solo en cuanto a la manera de cómo recibimos a los casos que presentan síntomas. Hay que hacer una busca activa, el gobierno lo está haciendo de manera

progresiva, lo que me parece muy bien, una muy buena estrategia, ir a buscar donde hay mayor población de riesgo y tenemos suficiente evidencia para localizarnos en zonas donde sabemos que pueden haber brotes o potenciales brotes.

Creo que vamos mejorando progresivamente y que lograremos mejores resultados, siempre y cuando se tomen medidas mucho más rigurosas en comunas conurbanas, como ocurre en la Región Metropolitana. Es más, yo me aguantaría y no soltaría otras comunas si no tenemos indicadores duros de trazabilidad, en el sentido de que tengamos la certeza de que están bajando las cifras y que tenemos el contacto de esas personas, para ubicarlas y hacerles una encuesta epidemiológica como corresponde y, por otro lado, si efectivamente las medidas de transporte público, etcétera y, por supuesto, en las zonas rurales, el control de pequeños brotes que a veces terminan siendo un drama, como lo fue el caso de Lonquimay, que es una comuna fronteriza, que se “incendió en pocos días”, y provocó una incertidumbre muy alta, porque si bien es una comuna súper aislada, hubo un brote que se diseminó de manera muy importante.

Respecto de la Región de O’Higgins, la comunas están siendo analizadas, y ese análisis debiera llevar a una intervención mucho más estricta justamente de lo que habíamos estado conversando, es decir, cómo evitar los eventuales brotes que puedan surgir ahí al momento de que aparezca un caso. Entonces, el monitoreo es una recomendación, porque cuando uno levanta una comuna, uno tiene que pasar a una etapa de alerta máxima de sus dispositivos de detección temprana. Eso es fundamental porque si no esto se disemina nuevamente.

3.36.- Médico internista, doctor Juan Carlos Said Rojas:

VER PRESENTACIÓN

Voy a comentar la estrategia del gobierno respecto del Covid-19. Me voy a enfocar en lo que para mí ha sido el tema que más se ha dejado de lado y que ha sido clave en determinar el número de fallecidos, el cual, como lo voy a demostrar durante la exposición, pudo haber sido mucho menor, y de un menor impacto en nuestro país. El problema es la trazabilidad.

Por lo tanto, voy a hablar de las fortalezas que ha tenido la estrategia del gobierno, porque por cierto ha tenido fortalezas y debilidades. A mi entender la mayor debilidad ha sido la trazabilidad, y mostrar por qué esta trazabilidad ha fallado, y ver qué se recomienda en forma internacional al respecto. Y si la trazabilidad sirve, porque también hay argumentos que dicen que es inviable, que no es posible, o a veces se cuestiona la utilidad de la trazabilidad. Quiero mostrar la cronología del fracaso en la trazabilidad, ver cuál es la trazabilidad hoy, y qué recomendaciones podríamos hacer para mejorarla.

En primer lugar, hay que destacar las fortalezas. En efecto, hay que reconocer que el gobierno hizo una adecuada gestión dentro de la realidad de nuestro país y hubo una buena respuesta en términos de gestión de camas. Nosotros partimos la crisis con un tercio de las camas críticas por cien mil habitantes, por ejemplo, lo que tenía Italia o Francia. Es decir, teníamos un déficit crónico en unidades de pacientes críticos. En ese contexto, el gobierno aumentó hasta un 400 por ciento la capacidad de camas con ventilación mecánica, maximizando también otros recursos ventilatorios como pudieran ser las unidades de pediatría, camas de anestesia, para lograr, dentro de lo posible, que todos los pacientes pudieran ser atendidos. Lo más notable es que por primera vez, en forma muy llamativa, se implementó en la práctica una especie de seguro único de salud. Para esta enfermedad específica se les dijo a los pacientes: Independientemente de tu capacidad de pago, independiente de cuál sea tu seguro, tú vas a ser atendido por esta enfermedad en un hospital o en una clínica, incluso si esto no es de urgencia". Es decir, se puso el énfasis en que la persona debía ser atendida independientemente de su capacidad de pago, incluso independientemente de la gravedad de la enfermedad, lo cual me parece algo bastante notable y digno de destacar.

También hay que considerar el esfuerzo en la realización de exámenes PCR. Cuando partió esta pandemia el ISP tenía la capacidad de procesar 500 muestras de PCR al día. Esto no es fácil de aumentar dado que requiere el uso de termocicladoras, que son máquinas complejas, costosas; insumos técnicos, biomédicos; habilitar laboratorios en las redes universitarias, y eso se hizo y se aumentó la capacidad en hasta 25 mil al día. Es un número importante que nos coloca en niveles de liderazgo en el número de exámenes a nivel mundial, pero hay que tener en claro que tomar el examen es simplemente el punto de partida de una estrategia de contención del coronavirus y no el punto de llegada. Es decir, que si uno toma un examen y descuida lo que viene después, bien podría no haberlo tomado, porque no cambia ninguna conducta.

Sin embargo, ¿por qué hemos tenido una gran mortalidad?. Esta mortalidad es real. Esto no ha sido como una gripe de invierno. Los gráficos del Minsal muestran que la mortalidad de este año, por todas las enfermedades, se dispara respecto del promedio de los últimos cuatro años. De hecho, se notó un aumento mayo, en junio se dispara y alcanza a un 50 por ciento de incremento en la tasa de mortalidad respecto de los años anteriores, y este aumento persiste en julio. Está por verse lo que va a venir, porque esta pandemia no ha terminado y es algo que está en evolución.

Si nos comparamos en términos de muertos, acá no tomamos exámenes por hacer exámenes, no compramos ventiladores por comprar ventiladores, sino que el objetivo es hacer una estrategia que evite que personas fallezcan. Ese es el objetivo final, y en eso hemos fallado. ¿Por qué hemos fallado? Porque hemos tenido muchos casos, y no hemos podido controlar el número de casos, y el número de muertos depende finalmente no solo de que los tratemos, sino del número de casos. Un país que tiene un gran número de casos

va a tener un gran número de muertos, dado que se sabe que la letalidad de esta enfermedad varía según la edad. Puede llegar hasta a un 8 por ciento en mayores de 65 años. Entonces, si tengo una gran cantidad de adultos mayores enfermos se va a morir un 8 por ciento de esos adultos, y el número total de enfermos va a aumentar. Eso es lo que nos ha pasado. No hemos sabido contener el número de casos; reducir el número de contagios. De hecho, hoy en día somos el noveno país en casos totales, lo que encuentro bastante impactante.

Ahora, esto no es solo porque tomamos muchos exámenes, porque si bien tomamos exámenes, tampoco somos el país del mundo que más toma exámenes. De hecho, estamos en el número veintiséis en toma de exámenes por millón de habitantes, en países sobre un millón de habitantes.

Este gran número de casos nos ha llevado a liderar los *ranking* de fallecidos por millón de habitantes en el mundo. De hecho, hoy día somos el séptimo país con más fallecidos por millón de habitantes en países sobre un millón de habitantes, y esto considerando solo los casos confirmados por PCR. Para ponerlo un poco en contexto, estamos hablando de que la gripe del 57, que es la anterior epidemia que había sido así de letal, mató a aproximadamente 7.500 chilenos. El terremoto de Valdivia, 2.500; el terremoto de Chillán, hay variaciones, pero se estima entre 10.000 y 20.000 muertos. Entonces, tenemos que retroceder hasta 1939 para encontrar un evento tan mortífero como el que estamos viviendo ahora, que va a ser sin duda una herida profunda en la historia de Chile. En verdad, el hecho de no contener el número de contagios nos ha llevado a esta mortalidad, porque el número de fallecidos se reduce disminuyendo los contagios, no comprando ventiladores mecánicos, que inevitablemente, cuando una persona cae en ventilación mecánica, uno de cada dos de esos pacientes finalmente va a fallecer.

¿Podríamos hacerlo mejor? Muchas veces se dice que no, que esto es una pandemia, que le pasa a todo el mundo, pero hay distintos países que lo hicieron mucho mejor.¿Cuántas muertes habría tenido Chile hoy si tuviéramos la mortalidad por millón de habitantes de Alemania?. Si Chile hubiera tenido las mismas muertes por millón que Alemania, hoy en día tendríamos 1.962 muertos; si hubiéramos tenido los muertos por millón de Australia, hoy en día tendríamos 140; si fuéramos Corea, 106; Nueva Zelanda, 83. Pero lo más interesante es que si hubiéramos sido Uruguay, nuestro país vecino, habríamos tenido 180 muertes. Muchas veces se dice: no, lo que pasa es que Uruguay es más chico. Bueno, pero llevémoslo, por ejemplo, a Las Condes. Comparemos la ciudad de Montevideo con la comuna de Las Condes. Montevideo tiene 1,3 millones de habitantes, tres veces más población que la comuna de Las Condes, y aún así Montevideo tenía una mortalidad más baja que Las Condes. Ni siquiera en el sector alto de Santiago, un lugar donde no podríamos cuestionar incluso factores determinantes sociales de la enfermedad o acceso a prestaciones de salud, es decir, una comuna donde se limpia ese factor de “acceso” y se coloca el estándar mayor al país, ni siquiera ahí hemos tenido una mortalidad equivalente a la de Uruguay. De hecho, en la

comuna de Las Condes, con la mortalidad de Uruguay, habríamos tenido 98 por ciento menos de muertes.

¿Por qué fallamos? Porque no cortamos la cadena de contagio, es decir, reducir el número de casos. Hay muchas formas de fracasar, pero solo una de ser exitosos. La única forma de ser exitosos es ubicar los casos de los enfermos, tengan síntomas o no, y aislarlos. Esto no se puede hacer con todas las enfermedades, porque hay enfermedades en las que es difícil encontrar a los pacientes en un periodo en que no tengan síntomas y estén contagiando. El ejemplo típico es el de influenza, cuando un paciente se contagia, desarrolla los síntomas en 24 o 48 horas y al día siguiente ya está contagiando. Entonces, no se hacen esfuerzos por trazar la influenza, además de que hay vacuna, porque no tendría mucha utilidad y sería inviable. Pero el coronavirus tiene una particularidad y es que en el periodo, que va entre 0 a 8 días, ningún paciente incuba este virus y donde ya es posible detectarlo por PCR e incluso ya podría contagiar. De hecho, el periodo de un paciente empieza a contagiar uno o dos días antes del periodo de inicio de síntomas, pero ya está incubando la enfermedad varios días antes. Entonces, en ese periodo, en que está incubando pero aún no contagia, nosotros podemos detectar a ese paciente, aislarlo y cortar la cadena de contagio para que no haya más contagiados. Esto es lo clave: hacer trazabilidad, que consiste en ubicar, tomando exámenes a gran cantidad de pacientes con y sin síntomas, ubicar a los contactos que han estado con estas personas y aislar a esas personas.

¿Qué significa trazabilidad? Cuando hablamos de trazabilidad pensamos en terminología de la Nasa, en recursos que no estarían disponibles para Chile. La verdad, cuando hablamos de trazar hablamos de recursos humanos, teléfonos y una plataforma informática. ¿En qué consiste este proceso de trazabilidad? Uno, hay que identificar a los pacientes. Es clave realizar testeos activos, tomar gran cantidad de exámenes y ubicar los contactos. Eso, con ciertos bemoles, se está haciendo. Quizá no tenemos tanto testeo activo como me gustaría, pero ha ido aumentando eso. ¿Pero qué viene después? Hay que entrevistar al paciente, en una entrevista que puede tardar entre 30 minutos y 2 horas, y preguntarle con cuántas personas ha estado. Un paciente puede estar con diversas personas: en su casa, en el trabajo, en lugares recreativos. Hay que hacer una lista de esos pacientes (contactos). Después hay que llamar a esos pacientes (contactos) y decirles: mira, tú estuviste en contacto con alguien que tiene coronavirus, ¿tienes síntomas o no? Si tiene síntomas, aíslate de inmediato; pero si no tienes, también tienes que aislarte, pero hay que tomarte un examen. A ambos grupos de pacientes hay que seguirlos, con síntomas y sin síntomas, que fueron contactos de este paciente inicial, para que no contagien a más personas. Eso se hace con un teléfono. Se puede agregar, por ejemplo, una aplicación. Sin embargo, me gustaría destacar que hacer trazado solo por teléfono puede reducir el número de contagios en 64 por ciento, casi 70 por ciento, lo que lo hace casi tan efectivo como una vacuna. Para que se hagan una idea, la efectividad de una vacuna, como la de la influenza, es de 60 por ciento, y probablemente ninguna vacuna que tengamos para el coronavirus tenga una efectividad mayor que esa.

Entonces, la trazabilidad es, hoy, una vacuna disponible al gobierno con recursos disponibles en Chile. De ahí la importancia de implementarla. Es probable que en el futuro exista una vacuna, pero hoy no la hay. Incluso, en el caso de que la haya, es probable que esa vacuna no sea mejor que una vacuna para la influenza, donde igual se producen casos de la enfermedad e igual hay fallecidos por la enfermedad. Confiemos en que habrá una vacuna, esperemos lo mejor, pero mientras tanto tenemos que estar preparados y hacer lo que hoy podemos hacer, que es trazar. Ahora, la trazabilidad ha sido ampliamente promovida por la Organización Mundial de la Salud y también por el consejo asesor. De hecho, se ha planteado que el rastreo de contactos y la cuarentena son actividades críticas para reducir la transmisión y controlar la epidemia. Esto es planteado por la OMS; entonces, es parte de las recomendaciones oficiales de la Organización Mundial de la Salud. ¿Qué ha sido de la trazabilidad en Chile? La pandemia llega a Chile el 3 de marzo, primer caso de covid-19 en Chile. El 21 de marzo, primera minuta del consejo asesor, con solo 434 casos -hago énfasis en esto, porque a veces no se entiende- repito, 434 casos totales, no por día. Esos eran todos los casos que había en Chile. En ese momento, se reporta que, de cien casos, casi el 25 por ciento, no se han trazado los contactos. O sea, el 21 de marzo ya habíamos perdido la trazabilidad y, como les voy a mostrar, hasta el día de hoy no la hemos recuperado. En ese momento, no hay fallecidos.

El 15 de abril, el Minsal deja de reportar la trazabilidad. Hasta ese momento se hacía una trazabilidad; se decía, más o menos, cuántos contactos habían sido ubicados. En eso momento, se deja de reportar. Ya tenemos 94 fallecidos. Entre marzo y junio, en la Región Metropolitana, había solo 80 personas dedicadas a trazar. Esta fuerza de personas, llamando por teléfono y ubicando a las personas, para 5,4 millones de habitantes en Santiago, era de solo 80 funcionarios de la Seremi. Este número es muy pequeño. Como cifras de referencia, en el Reino Unido, para una población de 60 millones de habitantes se trabaja con 25.000 trazadores; en el Estado de Massachusetts había 1.000 trazadores para 7 millones de habitantes, y en Wuhan, aunque se habla mucho de la estrategia, del *lockdown* (cierre de emergencia), de lo fundamental que también fue la trazabilidad, había 9.000 personas dedicadas a trazar contactos en una ciudad de 11 millones de habitantes. Ese trabajo, que en el mundo lo hacen miles de personas, en Santiago lo hacían 80 personas. Esa situación, desgraciadamente, se mantuvo por meses. A pesar de que, a principios de abril, ya publiqué un informe en el que planteaba la problemática de la trazabilidad y hacía algunas propuestas para mejorar la trazabilidad.

El 29 de mayo se revelan actas del comité operativo de emergencia, a través de Ciper. En esas actas, cuando diariamente teníamos 1.695 personas diagnosticadas de corona virus, en ese momento, 11.000 contactos no eran localizados todos los días. Esta cifra no es rara, porque sabemos que, en promedio, por los datos previos de trazabilidad disponibles, en Chile se sabía que una persona entraba en contacto con cinco. Imaginen que si al día hay 4.000 casos, cinco contactos por caso, son 20.000 contactos diarios, estamos diciendo

que 11.000 contactos no localizados, o sea, la mitad de los contactos no se localizaba. La trazabilidad ya estaba perdida y se continuó perdiendo. A esa fecha se acumulan 944 fallecidos. Para agravar más la situación, el 8 de junio se genera una auditoría y Contraloría reporta 35.542 casos que no han sido notificados. Estamos hablando de persona que, teniendo PCR positiva, no se les dijo y, por tanto, al no estar en los registros, no solo no se les dijo a ellas, sino que, además, no se trazaron sus contactos. Podíamos estimar que cada una de esas personas estuvo en contacto con unas 150.000 personas que no fueron trazadas. Esta cifra de 35.000 casos es muy relevante porque, amén de ser alta la cifra, equivalía al 25 por ciento de los casos totales del país. Quiero reforzar la idea de que a quienes se les informaba, a uno de cada dos no se trazaba. Más encima, teníamos un grupo de pacientes que nunca supieron y que tampoco se trazaron. Entonces, la trazabilidad era inexistente, por así decirlo. Recién el 1 de julio, en el cuarto mes de pandemia, se publica una estrategia de trazabilidad. En ese momento ya teníamos 5.773 fallecidos. A fines de julio se volvió insostenible la situación de los trazadores, por lo que comenzó a incrementarse este número. Por ejemplo, en la Región Metropolitana aumentó a 1.800 y a 3.940 a nivel nacional. Esa cifra, que comprende un número más relevante de trazadores, y que es lo que siempre se planteó que era necesario, sigue estando por debajo de los estándares recomendados por el consejo asesor. De hecho, deberíamos tener 17 por ciento más de trazadores en la Región Metropolitana y 37 por ciento más a nivel nacional.

Finalmente, a pesar de que al comienzo de la pandemia se realizaron estrategias de confinamiento a nivel comunal y de que se empezaron a levantar los confinamientos a nivel comunal, el primer reporte de trazabilidad por comuna es de la semana pasada, 10 de agosto, y lo que se aprecia en él es simplemente que la trazabilidad no es rigurosa; incluso, podríamos decir que, al menos en Santiago, es inexistente. De hecho, si uno revisa la tabla –que fue sacada del informe del Ministerio de Salud- pareciera ser muy buena, porque dice, por ejemplo: 96 por ciento de los contactos nuevos son investigados dentro de 48 horas. Parece un número excelente, pero hay dos reparos al respecto. En primer lugar, no se define con claridad desde cuándo corren esas 48 horas; deberían contarse a partir del momento en que se sospecha. Es decir, cuando se sospecha que alguien tiene coronavirus, se le toma el examen y desde ese momento debería a empezar a correr el tiempo para ubicar a los contactos. Ahora, si la trazabilidad se hace desde que se obtiene un resultado positivo para coronavirus, se pierde tiempo y la trazabilidad deja de ser útil. Si se espera uno o dos días el resultado del examen y luego otros dos o tres días para ubicar a los contactos, se pierde tiempo crucial para cortar la cadena de contagios. Entonces, al no definirse eso, me da impresión de que esas 48 horas se están considerando desde el momento en que se confirma el caso y no desde el momento en que se sospecha, y eso no es lo que recomienda el comité asesor.

Por otra parte, quiero llamar la atención sobre los casos nuevos. Estación Central es una de las comunas en que se levantó el desconfinamiento, allí hay 98 casos nuevos. ¿Cuántos contactos se localizaron? 92 contactos; es

decir, se localizaron menos de un contacto por cada persona enferma. Esto sucede en varias otras comunas como Alhué, que tiene 18 casos, con 18 contactos nuevos; Lampa, 71. Se localizan menos contactos que casos. Es como si las personas no interactuaran con nadie, como si nadie saliera de sus casas. Solo en algunas comunas se da una trazabilidad mayor a uno; es decir, que se ubique un contacto más por caso. En promedio, se ubican 1,5 contactos por caso nuevo. ¿Por qué eso es relevante? Porque cuando se hacen estudios de trazabilidad, las cifras internacionales muestran que, en promedio, las personas están en contacto con un mínimo de 3 personas, en situaciones de *lockdown*. En Estados Unidos, por ejemplo, el promedio refiere contacto con 44 personas; en Taiwán, 27; 9 y 11 en otras ciudades de China como Guangzhou y Ningbo, que no tuvieron cuarentenas tan estrictas como Wuhan. De hecho, un estudio del Britich Medical Journal estima que se debe ubicar, en promedio, 36 contactos por caso para contener el brote. Para que se hagan una idea, la Unión Europea recomienda ubicar entre 10 a 20 contactos por caso. Evidentemente, esas cifras podrían variar un poco según cómo se defina a un contacto estrecho. No es una cifra como la de la constante de gravitación o un número como 9,8. Estamos hablando de un número estimado. Lo que puedo decir con certeza es que cualquier trazabilidad que esté ubicando, en promedio, menos de 5 contactos, no está siendo útil. Mientras más contactos se ubiquen es mejor. En cambio, acá se ubica, en promedio, a 1,5 contactos por persona. En varias comunas de Santiago, algunas de ellas desconfinadas, donde se ubica a menos de 1 contacto por persona, claramente, se ha hecho una trazabilidad insuficiente y lo más probable es que no logre contener un brote.

Cabe mencionar que los problemas de trazabilidad no se detienen solamente en los contactos localizados. La pregunta es, si seguimos más allá y ubicamos a un contacto, ¿qué hacemos? A ese contacto hay que darle una licencia. ¿Quién da la licencia? Un médico, pero ellos están atendiendo pacientes en los consultorios, y hablo de cientos de casos que se generan todos los días. Por ejemplo, en una comuna en que se generan cien casos diarios, con quinientos contactos, un médico tendría que entregar quinientas licencias diarias, y eso requiere de personal adicional, a fin de no descuidar el resto de las tareas propias de los consultorios. Actualmente, según el estudio de trazabilidad de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, el 49 por ciento de los consultorios no tiene personal para otorgar esas licencias. Hay aspectos que han mejorado, como la transferencia de recursos hacia los consultorios; sin embargo, todavía hay algunos que señalan que no han recibido los recursos económicos para implementar la trazabilidad.

Hay un aspecto que es bastante problemático. En algún momento plateé que la trazabilidad requería de recursos humanos, de teléfonos y de una plataforma informática. Actualmente, tenemos una plataforma informática, que es Epivigila, que tiene algunas falencias y no es utilizada por todos los consultorios. De hecho, 30 por ciento de los consultorios -que corresponde a 24 más 6- realiza la trazabilidad en planillas Excel o lleva un registro en papel en las fichas clínicas, lo que es insostenible. No se puede hacer un proceso serio de trazabilidad sin

contar con una plataforma integrada. Evidentemente, Epivigila tiene sus defectos, pero debería trabajarse en una estrategia a la que se sumaran todos los consultorios para ir mejorando esa plataforma en un proceso iterativo. Para quienes no lo saben, Epivigila no solo se usa para el coronavirus, es una plataforma que se usa para todas las enfermedades que requieren de notificación obligatoria. La gran forma de fortalecer nuestra salud pública y nuestra institucionalidad epidemiológica es sumar más a esa plataforma y mejorarla, dejar de tener datos desagregados, que finalmente no nos permiten hacer un seguimiento serio.

Lo que creo que también es un problema, y que no se ha detallado mucho, es que hoy en Epivigila se ha traspasado la trazabilidad de los contactos a los médicos. Actualmente son ellos quienes tienen que llenar datos de esos contactos y eso, evidentemente, es imposible. Como les comenté, una conversación para ubicar contactos demora entre treinta minutos y dos horas; por lo tanto, no puede hacerse en una consulta. Entonces, el traspaso de ese rol a los médicos es lo que nos puede estar llevando a la situación actual. Personalmente, muchas veces no puedo poner más de dos contactos, a pesar de saber que el paciente estuvo con más personas. La verdad es insostenible atender a diez pacientes y tener con cada uno de ellos una conversación de dos horas para tomar nota de todas las personas con las que estuvo en su trabajo, por ejemplo. Eso es no ser es realista; sin embargo, eso es lo se les está pidiendo a los médicos, y ese podría ser uno de los problemas que genera que localicemos pocos contactos.

¿Qué podría recomendar? Primero, auditar la trazabilidad. Muchos se preguntan qué país nos gustaría ser en el futuro. Podríamos discrepar, pero algunos encontramos bonito un país como Nueva Zelanda. ¿Qué hizo Nueva Zelanda? No solo hizo buena cuarentena, pero ese no fue el secreto. El secreto fue la trazabilidad, que es lo que le ha permitido recuperar la economía y mantener el funcionamiento del país.

¿Qué hizo en concreto? Se auditó la trazabilidad desde el comienzo, labor que se encargó a una universidad. El reporte no fue bueno. La universidad propuso indicadores, a los que el ministerio tuvo que adaptarse y basarse en ellos para hacer un reporte. Es momento de hacer eso. Tenemos académicos, gente seria e independiente que puede trabajar en eso y auditar este proceso. No hay ningún hospital que pueda mejorar si no se auditan los procesos, si no se generan indicadores y no se miden en forma sistemática. Entonces, esa sería mi recomendación clara, en el sentido de que se cree una comisión de especialistas en salud pública que audite este proceso, genere recomendaciones y que el ministerio tenga que responder a ello; además, es clave asegurar recursos materiales y humanos.

Como he mostrado, el 14 por ciento de los consultorios aún no reciben los recursos materiales, tenemos un déficit de trazadores a nivel país del 37 por ciento, por lo que es clave avanzar en una sola plataforma: o Epivigila o Epivigila.

No hay otra. Ya está esta plataforma, hay que optimizarla, hay que trabajar sobre ella, pero hay que ir subiendo personas al carro, ya que no podemos estar haciendo trazabilidad en planillas Excel o en hojas de papel. Como les expliqué, es necesario mejorar las definiciones y hay que medir todo desde las sospechas. De hecho, por esto el coronavirus es una enfermedad de notificación inmediata y eso lo sabe cualquier estudiante de primer año de la carrera de medicina. En los ramos de infectología y microbiología nos enseñan que lo que se notifica es la sospecha, porque si notificamos desde el momento en que sabemos que la persona está enferma, perdemos tiempo valioso que impide cortar la cadena de contagio. Entonces, que todo se mida desde la sospecha y que transparente ello.

Además, creo que es clave fijar metas de contactos ubicados que deberían ser en promedio, pero si no se detecta un mínimo de cinco contactos por persona, parece que el trabajo no es suficiente. Entonces, como digo, debería haber metas de contactos ubicados y también es clave pensar en una convivencia a largo plazo con el coronavirus. El coronavirus no se va a ir. Es probable que se desarrolle una vacuna, pero debemos ser muy realistas y es probable que esta no se apruebe antes de fin de año. Y de aquí a que se empiece a producir y que se aplique a un gran porcentaje de la población, es probable que no sea antes de marzo; incluso, abril o mayo del próximo año. Aun cuando tengamos esa vacuna –quiero insistir en esto- es probable que funcione como la de la influenza, es decir, una vacuna que disminuye la cantidad de fallecidos, pero no es esterilizante, o sea, que hace desparecer la enfermedad, como es el caso del sarampión. Por lo tanto, quiero ser claro en ello, en el sentido de prepararse para una nueva convivencia en el largo plazo, no hacerse ilusiones. ¿Esperar lo mejor? ¡Sí! Ojalá salga la mejor vacuna del mundo y que bastara con colocarla una vez, pero no hacerse ilusiones.

Finalmente, como conclusión la trazabilidad en Chile hoy no es suficiente, o sea, esta hoy no es adecuada como para prevenir un rebrote; la trazabilidad hoy es la única forma de salir de una cuarentena sin experimentar rebrotes y creo que es el único plan de reactivación económica. No se puede pensar en reactivar la economía con subsidios al trabajo, son necesarios, pero acá hay un temor a la enfermedad que no se elimina por decreto. La enfermedad no desparece por decreto. Ahora, sí hay algo que podemos hacer porque desaparezca la enfermedad y es ubicar a los enfermos y aislar a los contactos, pero eso no lo estamos haciendo de forma adecuada y ningún plan de reactivación económica va a superar en ello.

Respecto del desconfinamiento, tengo que ser enfático en esto. Estoy aburrido del confinamiento; de hecho, me molesta la idea de la cuarentena, aunque creo que esta siempre hay que entenderla como una medida desesperada cuando no hay una trazabilidad adecuada. Lo ideal es que nunca hubiéramos tenido que hacer cuarentena, pero fui partidario de hacerla porque la situación estaba fuera de control; pero los países exitosos son los que han logrado tener la mayor trazabilidad posible, y así han podido evitar las cuarentenas, tal como es el caso de Alemania, de Uruguay y, en menor o en mayor medida, de Corea o de

Singapur. Ahora, avanzar en un desconfinamiento sin recuperar la trazabilidad es riesgoso tanto para la salud como para la economía. Se estima que un nuevo rebrote podría hacer reducir el PIB en un 2 por ciento adicional y Chile no aguanta una segunda ola en términos tanto de vida como económicos.

Respecto a la sensibilidad del test en pacientes asintomáticos. La respuesta es que es menor; de hecho, se estima que la sensibilidad varía entre 70 por ciento y 90 por ciento, según el periodo en que se toma, siendo la menor sensibilidad cuando el paciente está sin síntomas.

Respecto del tema de Argentina, no me parece adecuada la respuesta de ese país. Allá se cometieron otros errores, distintos a los que cometimos en Chile, como que cayó en una cuarentena muy extensa e intensa, la que si bien, inicialmente, fue adecuada, no estuvo acompañada de desarrollar una gran estrategia de trazabilidad ni de exámenes adecuados. Entonces, si bien tuvieron un comienzo interesante, descuidaron la otra parte y se quedaron sin una estrategia de salida. La única forma de reducir la mortalidad es reduciendo los contagios, no hay otra manera, no pasa por tener ventiladores mecánicos o muchos hospitales. Si no reducimos los contagios, seguirán falleciendo personas. El coronavirus no se irá hoy, no se irá mañana ni se irá en marzo; de hecho, es probable que ni siquiera se vaya en junio del próximo año. Como les dije, incluso si hay una vacuna, es probable que esa vacuna tenga la misma efectividad que la vacuna contra la influenza, es decir, podría disminuir el número de fallecidos, pero no hará desaparecer el virus, porque el virus llegó acá para quedarse.

La alianza internacional ha demostrado que la trazabilidad es más efectiva cuando la hace alguien que conoce la región. De hecho, Inglaterra optó por un sistema como el chileno, con trazadores a nivel central, con un *call center* centralizado y con trazadores a nivel periférico en la atención primaria, quienes buscaban tres veces más contactos que los trazadores a nivel central, porque conocen más la realidad, saben qué pasa si no les contesta una persona o pueden ubicar a un familiar de esa persona. Esos vínculos locales son clave para lograr una trazabilidad óptima. Es importante fortalecer la trazabilidad local. Creo que el ministro Paris hizo un cambio de giro en esto, mostró una mejor predisposición hacia la trazabilidad e incrementó el número de trazadores, pero lamentablemente estas cosas tardan en activarse, por lo que al ministro le ha tocado hacerse cargo de un problema que él no generó, una trazabilidad que era bastante débil e incompleta, ámbito en que se podría haber hecho mucho más en los meses previos.

3.37.- Doctor en Biotecnología, señor Tomás Pérez Acle:

V E R P R E S E N T A C I Ó N

Desde mediados de marzo, el ministro Andrés Couve invitó a quien habla y a otros investigadores que pertenecen a otros centros nacionales de

excelencia en investigación, como el Centro de Modelamiento Matemático de la Universidad de Chile, el Instituto Milenio de Investigación sobre Fundamento de los Datos de la Universidad Católica de Chile, el Centro de Sistemas Complejos de Ingeniería de la Universidad de Chile y a nosotros, la Fundación Ciencia y Vida, a participar de lo que él denominó: “Grupo de Modelamiento”, grupo que él conformó, para proyectar el impacto de la pandemia a lo largo del país. Desde el principio nos interesó entender cuál sería el impacto de la pandemia con el mayor nivel de detalle posible, enfocado particularmente en las comunas y, a partir de estas, ver cuál podía ser el impacto regional y, posteriormente, el impacto a nivel país. Al poco andar, el ministro Couve nos invitó a participar de la Submesa de Datos Covid-19, que se formó al alero de la Mesa Social por Covid-19, cuyo rol es hacer disponibles la mayor cantidad de datos, con la mayor calidad y frecuencia posibles para que no solo los otros académicos y académicas del país pudieran seguir la pandemia, sino para que la gente en general tuviera acceso a información que le permitiera entender qué está pasando con la pandemia.

Al hacer una proyección de lo que pasa en la provincia de Santiago en la Región Metropolitana, tratamos de entender qué es lo que pasará con la pandemia a lo largo del tiempo, es decir, de qué manera serían afectados los distintos territorios, particularmente a nivel de comuna. Lo que hacemos es aplicar una serie de modelos computacionales que trataré de explicar brevemente para dar a entender cómo, a partir de una situación inicial, podemos proyectar la situación futura no solo de la Región Metropolitana, sino del resto del país.

Para construir un modelo computacional se requiere un conocimiento acabado de la enfermedad. En general, los infectados se dividen en cuatro tipos: los que no van a presentar síntomas, que originalmente suponíamos correspondería al 30 por ciento de la población infectada, pero que hoy, con los últimos estudios como el que muestro en el número 5, podría corresponder hasta el 45 por ciento. Como dije, estas personas no presentan síntomas y podrían ser contagiosas hasta por un período de 10 días; en la lámina aparecen con la palabra inmune y con signo de interrogación porque, si bien es cierto, sabemos que hay respuesta inmune, tanto en la generación de anticuerpos como en la respuesta inmune de memoria, no sabemos por cuánto tiempo nos va a proteger esa inmunidad porque, entre otras cosas, depende de qué tan mutante sea este virus. Existe otro 55 por ciento de personas que van a presentar lo que se llama síntomas moderados, van a contagiar por un período mayor que el anterior, y estos síntomas moderados, en general, no presentan fiebre, solo aparecen algunos síntomas; por ejemplo, quizá solo les duele la cabeza o el cuerpo, pero no tienen el conjunto de los síntomas. Por eso muchos, finalmente, no consultan al médico y hacen su vida relativamente normal. Si hacemos una suma, podríamos hablar de que el 85 por ciento de la población infectada con este virus habitualmente no va a consultar a un médico, a menos que nosotros hagamos una búsqueda específica de las personas infectadas de manera aleatoria, tratando de cubrir la mayor cantidad de población.

El 15 por ciento de personas que van a estar más complicadas, son aquellas que van a presentar síntomas severos, quienes van a requerir hospitalización con oxígeno de alto flujo. En general, las personas que entran en este estado, a menos que se sature el sistema sanitario y no tengan acceso a camas con oxígeno, no enfrentan la muerte. En la mayoría de los casos de muerte que se van a producir, hasta la saturación del sistema sanitario, se enfrentan por esta línea del 5 por ciento, porque requieren ventilación mecánica. Y hasta el 50 por ciento de las personas que necesitan ventilación mecánica finalmente van a morir.

En el minuto en que el sistema sanitario se satura y lleguemos al dilema de la última cama, empezaremos a subir de este porcentaje. Por eso hay países que, desde el punto de vista de lo que llamamos la letalidad por caso, podrían tener una mortalidad de hasta el 18 por ciento, como es el caso de Francia y del Reino Unido. Esta información la extraemos de la literatura y la colocamos en nuestro modelo matemático. En términos simples, nuestro modelo hace circular a un conjunto de la población que llamamos susceptibles, debido a los distintos estados de la enfermedad. De esta manera, tenemos un conjunto de la población que llamamos susceptible, que por contacto con personas infectadas se vuelven expuestas. Estas personas que están expuestas al virus, luego de un período de tiempo, pasan a pertenecer a alguno de los cuatro tipos de infectados; ya sean infectados asintomáticos y los infectados con síntomas leves que, como vemos en la diapositiva anterior, después de un tiempo van, afortunadamente, directo a la recuperación. Sin embargo, son infectivos durante un período de tiempo que puede ser de hasta 10 a 14 días, dependiendo de la cantidad de síntomas que tengan.

Ahora, el otro destino de un porcentaje de las personas expuestas es a convertirse en infectados con síntomas severos. Ellos, como les mencioné anteriormente, van a requerir hospitalización en UCI o UTI, con oxígeno de alto flujo, pero no con ventilación mecánica. Sin embargo, un porcentaje de los que se hospitalizan, inevitablemente pasan al requerimiento de ventilación mecánica. En general, la mayoría de los infectados con síntomas críticos pasan al requerimiento de ventilación mecánica. Tanto las personas hospitalizadas con requerimiento de oxígeno, como las que están hospitalizadas con requerimiento de ventilación mecánica pueden enfrentar la muerte. Aquí, es donde se da el dilema de la vida o la muerte en las personas infectadas con esta enfermedad.

Nosotros tomamos este conocimiento que les mostré y lo metemos una serie de programas computarizados que hoy son bastantes estándares a nivel internacional. Somos un grupo que venimos trabajando en el estudio de dispersión de enfermedades infecciosas, afortunadamente contamos con financiamiento internacional para estudiar este tipo de enfermedades y tenemos colaboradores internacionales con los que hemos venido desarrollando estos estudios. Cuando el doctor Andrés Couve nos invita a formar parte de este grupo de modelamiento, nosotros nos propusimos tratar de determinar cuál podía ser el impacto, en ese minuto, en la Región Metropolitana, ya que en, ese instante, era la zona más

afectada por la pandemia. Estamos hablando de marzo de este año. Presentamos un informe donde evaluamos tres escenarios:

En primer lugar, el escenario sin cuarentena; en segundo lugar, el escenario donde manteníamos la cuarentena de las primeras siete comunas en la Región Metropolitana, y, en tercer lugar, el escenario de cuarentena total. De tal manera que tenemos dos situaciones de control: la situación sin cuarentena y la situación con cuarentena total.

En el escenario sin cuarentena, es decir, donde no hacíamos nada, esperábamos a que la enfermedad actuara, la fecha del *peak,* y estimamos que llegaría, en la Región Metropolitana, a alrededor del 20 de junio, con un total del orden de un millón de personas infectadas. Hay que entender que este número es el total de personas infectadas y en general, como les mostré en las diapositivas anteriores, solo vamos a estar siendo capaces de capturar, desde el punto de vista estadístico, del orden del 15 al 20 por ciento de las personas; debido a que la mayoría va a ser asintomática o va a presentar síntomas menores y, por lo tanto, no va a consultar a un médico y no se hará el examen. Estimábamos que la fecha de saturación de las UCI y del total del sistema de camas sería entre abril y mayo. Esto, sin considerar los esfuerzos que hicieron, de manera elogiable, las autoridades del Ministerio de Salud, logrando un enorme aumento en casi el 400 por ciento de camas disponibles.

En la situación que se mantenía la cuarentena en las siete comunas, instaurada el 23 de marzo aproximadamente, a la que llamamos situación de cuarentena parcial, la fecha del *peak* se corría hacia el futuro, porque, efectivamente, es lo que estamos buscando cuando se aplican las cuarentenas. Pero la cuarentena no es una bala mágica, no resuelve el problema por sí solo, es la medida, probablemente más efectiva, pero no es la única que debemos tomar ni es la única que se requiere para luchar contra el virus. Por lo tanto, desplazamos el *peak* hacia el futuro, alrededor de agosto, bajamos el número de personas infectadas totales al *peak*; pero cuando miramos las fechas de saturación de las UCI seguíamos dentro del orden de mayo y junio.

Cuando lo comparamos con la situación de cuarentena total, es decir, el 26 de marzo poníamos una cuarentena severa, en la Región Metropolitana, lo que sucedía es que desplazábamos, de manera significativa, el *peak* hacia octubre y, lamentablemente, la saturación del sistema sanitario, saturación en el entendido de que se utiliza más del 85 por ciento de las camas disponibles, que es el concepto de saturación que nos indica hasta hoy el doctor Tomás Regueira, presidente de la Sociedad Chilena de Medicina Interna (Sochimi), la fecha de saturación seguía siendo junio del año en curso.

Al presentar estas proyecciones, que además tuvimos la oportunidad de ir a presentárselas directamente al Presidente de la República, en una invitación que nos hizo el ministro Andrés Couve, el 27 de marzo en La Moneda, donde exhibimos este mismo informe que ven ustedes. Nosotros comentamos esta

situación, y la verdad es que la respuesta que tuvimos, que probablemente ustedes son capaces de anticiparla, fue de incredulidad, primero, por los números que estábamos presentando y, segundo, por las fechas; porque, la conclusión en general es que el sistema sanitario se enfrentaba a una crisis de saturación entre mayo y junio. Eso nos llevó a mostrar la información a los distintos medios, porque creemos que no solamente las autoridades deben estar enteradas de ese tipo de situaciones, también es importante que la comunidad lo sepa, para que así tome las medidas necesarias, ya que es la que se ve finalmente afectada. Esto fue lo mismo que dijimos, que entre mayo y junio se venía el colapso del sistema sanitario. Hay que recordar que finalmente, entre la tercera semana de mayo y la segunda de junio, el sistema sanitario estuvo colapsado, superaba el 85 por ciento de utilización. Probablemente, no se llegó al dilema de la última cama, pero, como bien sabemos, esto significó un aumento en el número de personas fallecidas. A partir de nuestras propias proyecciones esperábamos el *peak* para fines de julio, porque pensábamos que se iban a aplicar las medidas de cuarentena que se venían aplicando, pero quizá nos equivocamos en algunas semanas; porque, decíamos que era para fines de julio, cuando en realidad ocurrió a fines de junio. Más adelante veremos que no fue así y que fuimos capaces de anticipar la fecha del *peak* en al menos un escenario.

Avanzó el tiempo y el ministro Andrés Couve nos pidió hacer un estudio sobre las cuarentenas dinámicas. ¿Por qué las cuarentenas dinámicas? En dos artículos sucesivos, que fueron presentados por Neil Ferguson -uno de los epidemiólogos más conocidos a nivel mundial, del Imperial College of London- y Uri Alon, que aparecen reflejados en la base de la diapositiva, de marzo o abril de 2020, ambos proponían las cuarentenas dinámicas como una alternativa. Pero definamos inmediatamente, y para eso vamos a recurrir a los expertos que las propusieron, Ferguson y Alon, qué es una cuarentena dinámica. Una cuarentena dinámica es la que se aplica simultáneamente a toda la región que se quiere proteger -suponiendo que se trata de la Región Metropolitana, quiere decir a todas las comunas-, que entra y sale de forma dinámica, es decir, entra durante un tiempo, mantiene la cuarentena muy férrea, muy fuerte, dejando una movilidad muy baja, y después se retira, liberando la movilidad. Eso fue lo que hicimos nosotros en nuestros modelos computacionales. Ahora, lo que hacemos de alguna manera es normalizar el valor, es decir, pensamos que la situación sin cuarentena es el 100 por ciento. Entonces, en qué medida se reduce la cantidad de infectados, y aquí les muestro una típica curva epidémica, donde tenemos la proporción o el número de personas infectadas en este eje, y en el otro eje tenemos el tiempo. Entonces, esto sube y baja, y es lo que se denomina el *peak*. Entonces, esta es la situación sin cuarentena, y comparamos en nuestros modelos distintas situaciones: la situación con cuarentena total, donde se reduce prácticamente a 45 por ciento el número de personas infectadas, lo que va a impactar necesariamente sobre la cantidad de personas que van a fallecer, y la situación de las cuarentenas dinámicas.

Hay que poner atención a este número: 04M. Significa que esperábamos, de acuerdo con la literatura, que cuando se aplicase una

cuarentena la movilidad remanente, es decir, considerando el total de viajes que se hacen en una región o en una comuna, en una situación normal, tenía que reducirse el 60 por ciento de los viajes, para dejar una movilidad remanente del 40 por ciento. Eso es lo que se define habitualmente en la literatura como cuarentena.

Distinta es la situación que ocurrió en nuestro país con cuarentenas, que incluso nuestros colegas europeos y norteamericanos miran con mucho asombro, porque cómo puede ser que en una situación de cuarentena tengamos movilidades de 75 por ciento, y hasta el McDonald's sea considerado un comercio esencial. Por cierto, eso esconde una realidad adicional, que tiene que ver con la enorme cantidad de personas que han perdido su empleo durante esta pandemia y que han terminado repartiendo comida rápida, como un medio de subsistencia.

Comparamos también con la situación de la cuarentena dinámica, que es esa curva que ustedes ven en la lámina, que sube y baja, y vemos la cuarentena dinámica de siete días. ¿Qué significa eso? Que entra en toda la región, en todas las comunas de manera simultánea. Aplica una cuarentena muy dura, reduciendo la movilidad remanente al 20 por ciento, y después de siete días la libera, dejando una movilidad máxima del 50 por ciento. Como ustedes pueden ver, recupera la misma forma de la curva de la cuarentena total, y así sucesivamente hay distintas cuarentenas, y nosotros creemos que la óptima es la cuarentena dinámica de catorce días. Esto responde a algo que tiene bastante lógica, es de sentido común; es decir, es mucho mejor pasar menos tiempo más encerrado que justamente al revés, que fue la situación que habíamos tenido en Chile hasta el minuto; grandes cuarentenas, de meses incluso en algunas comunas, como la de Santiago, que acaba de pasar a la etapa de transición, donde las movilidades remanentes prácticamente no tienen diferencias frente a la situación sin cuarentena. Nosotros entregamos este informe alrededor del 20 o 21 de abril, y se nos dijo que había otra alternativa que se quería probar, que es la que llamaron las cuarentenas selectivas. ¿Qué es una cuarentena selectiva? Es una cuarentena que se aplica selectivamente solo a porciones de la región. En el caso chileno, a comunas que tienen una alta infección, dejando al resto de las comunas desprotegidas.

Entonces, hicimos los análisis en nuestros modelos, y lo que entregamos acá es nuevamente lo mismo: este es el 100 por ciento de infectados, que es la situación con cuarentena total, dejando nuevamente un 40 por ciento de movilidad, y la comparamos con la cuarentena de alta prevalencia o selectiva -alta prevalencia es el nombre técnico-, nuevamente suponiendo que se deja una movilidad de 20 por ciento, y efectivamente tiene un impacto de más o menos 25 por ciento, y la comparamos con la cuarentena dinámica, que es la solución que proponen Ferguson y Alon, y que finalmente terminó aplicándose en Israel de manera bastante efectiva, al menos en la primera ola, y como ustedes pueden ver la cuarentena dinámica es capaz de reducir casi a 75 por ciento el número de infectados. Por lo tanto, en nuestro documento concluimos que de todas maneras la mejor opción sigue siendo la idea de cuarentenas dinámicas, que se aplican simultáneamente, de manera sincronizada, y que reducen la movilidad muy

drásticamente al 20 por ciento de movilidad remanente durante el período de la cuarentena, y cuando la sueltan, lo hacen hasta el 50 por ciento.

Esto nos lleva a presentar dos informes a través del ministro Andrés Couve, como dije recientemente: un informe el 20 de abril, que ustedes pueden ver acá y que nosotros además hemos publicado en las distintas redes sociales y en los distintos sitios *web* de nuestro laboratorio y de la fundación, y un informe del día 23, donde comparamos el efecto de las cuarentenas dinámicas, y después de las cuarentenas dinámicas y selectivas, una contra otra. La conclusión es que dentro de todos los escenarios analizados el que mejora los indicadores es la idea de esta cuarentena dinámica, aplicada sincrónicamente y de manera simultánea a todas las comunas, dejando una movilidad efectiva de 20 por ciento.

Se puede observar la curva epidémica, donde en un eje está el número de infectados activos, en miles, y en el otro eje está la fecha. Luego, aparece la curva que mostramos el 27 de marzo en la presentación que se hizo en La Moneda, y decíamos que ante la situación sin cuarentena esperábamos un *peak* en la Región Metropolitana el 20 de junio. Si hubiéramos pensado que aproximadamente el 18 por ciento de la Región Metropolitana se iba a contagiar del virus y que la movilidad remanente, durante todo el período de cuarentena que se aplicó aproximadamente el 23 de mayo, más o menos del 65 por ciento, nosotros habríamos esperado un *peak* el 25 de julio, y eso fue lo que nos llevó a hacer las proyecciones que mencioné recientemente. En la medida en que vamos aplicando restricciones aún más severas podemos ir bajando, no solo desplazando, el *peak* hacia el futuro, sino además disminuyendo el número de personas infectadas, con lo cual necesariamente deberíamos disminuir la mortalidad.

Finalmente, el *peak* de infectados lo tuvimos entre el 16 y 18 de junio, muy cercano a la situación sin cuarentena, y esto nos ha hecho reflexionar muchísimo sobre el real rol que han tenido las cuarentenas, particularmente con estas movilidades que les comenté del 75 por ciento, incluso durante la megacuarentena que se aplicó en la Región Metropolitana -ustedes conocen bien las estadísticas- con más de 2,5 millones de personas moviéndose prácticamente todos los días en la región, y con más de 150.000 empresas y comercio considerados como negocios esenciales.

Por cierto, a partir de nuestros modelos somos capaces de proyectar el número de fallecidos en la Región Metropolitana. Nuevamente tenemos el número de personas fallecidas que esperamos y acá tenemos la cantidad de días desde el 3 de marzo, y dependiendo de la movilidad que tengamos en la Región Metropolitana hacia el futuro podríamos esperar distintos números de personas fallecidas. Los números son bastante terroríficos, desde 25.000 hasta casi un número terrible de 85.000 personas fallecidas, dependiendo de la movilidad. Es cierto que es un amplio espectro, pero en general estos modelos matemáticos tienen ese problema o esa característica, que no son capaces de cerrar de manera muy apropiada el número, porque tienen mucha incerteza estadística.

Pero aquí (en la diapositiva) les muestro un detalle de la proyección. Aquí les muestro la cantidad de personas fallecidas con movilidad mínima, media y máxima, de acuerdo con lo que está representado acá, 60 por ciento, 65 y 70. Y acá está la fecha.

Entonces, hice algunas comparaciones. Por ejemplo, el 17 de junio, en la Región Metropolitana, el número de personas fallecidas reconocidas por el Ministerio de Salud, a través del informe diario, era de 3.114. Esto ocurre pocas veces, pero si ustedes ven acá, en nuestra proyección, calza exactamente con la movilidad media: 3.114. Y si nos vamos al 30 de junio, un poquito más reciente, la cantidad de personas fallecidas es de 4.489 y ya este número no lo vemos, pero está entre la movilidad mínima y la movilidad media. Nosotros, en general, lo que vemos es que estamos siguiendo esta curva, la curva de movilidad media y la curva de movilidad mínima. Esto podría significar que, potencialmente, podríamos enfrentarnos a que más de 20.000 personas, solo en la Región Metropolitana, podrían fallecer, dependiendo de lo que ocurra con el virus, particularmente con este “Paso a Paso”.

Nosotros también podemos calcular, a partir de estos números, el subreporte de infectados sintomáticos. Esto quiere decir que en la Región de Valparaíso, a través de nuestros cálculos, podemos decir que faltaría detectar al menos al 36 por ciento de personas que tienen la enfermedad con síntomas. Recordaban anteriormente que el número de personas que no tiene síntomas, que tienen síntomas menores, es muchísimo mayor que el número de personas que, en general, estamos detectando. Y en la Región Metropolitana, que es lo más grave, estimamos que el subreporte de infectados sintomáticos es del orden del 67 por ciento. Eso nos lleva a pensar, que el número total de infectados en la Región Metropolitana no es 6.700, como se reconoce hoy día en el último informe de epidemiología, actualizado al 15 de agosto, sino un número que va entre 9.800 y hasta casi 27.000 personas.

Por cierto, no hay que echarle la culpa a la gente, porque esto depende mucho de qué nos dicen las autoridades. Por ejemplo, en el hito D, que lo he marcado en el R zonal, vemos el llamado a la “nueva normalidad”, y vemos, diez o doce días después, un aumento muy significativo en este valor de Re, lo que nos dice que el discurso no es inocuo y que nuestro comportamiento puede depender también de lo que nos digan. Y este es el Re nacional, a 14 días y a 7 días. A nivel país, la epidemia está creciendo; pero no solo está creciendo sino que, además, la epidemia se está acelerando, porque el valor R efectivo, en los últimos 7 días, es mayor que el de los últimos 14 días, situación parecida a la que ocurre en la Región Metropolitana, donde el valor R efectivo de los últimos 7 días es mayor que el de los últimos 14 días, lo que nos dice que la epidemia no solo está en expansión, sino que se está acelerando, situación parecida a la de las regiones de Valparaíso y del Biobío y en 14 de las 16 regiones del país.

Desde nuestra participación en la disponibilidad de datos, estamos conscientes de que se requieren mejores datos, anonimizados, más abiertos y con mayor frecuencia, y no solo para mejorar los modelos y las proyecciones, sino

para que también la ciudadanía entienda de mejor manera lo que está pasando. Ha sido muy complejo seguir la epidemia a lo largo del tiempo con los diversos cambios de metodología. Basta recordar la cantidad de veces que se han cambiado las formas en que se contabiliza a las personas fallecidas. Por fin ya tenemos una situación bastante más estable.

3.38.- Presidente de la Sociedad Chilena de Infectología, doctor Luis Delpiano Méndez:

Estamos absolutamente claros de que, como sociedad de infectología, compartimos la palabra mágica: trazabilidad. Cabe señalar que en enero partimos con un acercamiento con el Ministerio de Salud, pero debido a los conflictos que tuvimos respecto de nuestra posición muy drástica, ya que habíamos vivido y apoyado la pandemia de la influenza, pensamos que había que hacer una mirada catastrófica, por decirlo así, para enfrentar durante enero y febrero esta programación. Y precisamente por ser insistentes fuimos quedando de lado como sociedad científica, y después se formó el comité asesor.

Es cierto que en el comité asesor hay colegas infectólogos, pero el gran pilar que no fue ni ha sido manejado con firmeza es incorporar en este grupo de trabajo a gente que tenga los conocimientos completos en diagnóstico. Es así como nuestros primeros conflictos con el ministerio fueron relacionados con el carné sanitario. Ustedes saben que después de mucho, mucho, mucho, quedó en nada; incluso, hicimos una carta que molestó al ministro respecto de la falta de insumos. Situación que no iba a pasar, pero realmente pasó; posteriormente hicimos varios comentarios por la compra de insumos locales que implicaba una tórula de un tamaño absolutamente inapropiado para la población, por cuanto era muy grande y poco flexible. Al respecto, tuvimos bastantes complicaciones, ya que todo apuntaba a tener un diagnóstico precoz y, lamentablemente, vivimos muchos meses en que el diagnóstico, y ustedes lo saben muy bien, llegaba 3, 5 o 7 días después. Eso complicó mucho trazar para saber en dónde estaba realmente el problema, aumentando rápidamente, y hacer lo que correspondía. Me refiero a cuarentenar efectivamente a la población y, por supuesto, a los contactos.

Entonces, nuestra máxima preocupación, además de abrir los centros y de tener la capacidad de diagnosticar, era tener el diagnóstico oportuno, y ahí tuvimos problemas durante muchos meses. Por eso creo que recién en las últimas tres a cuatro semanas hemos visto resultados que se entregan en 24 y 48 horas. Pero entre los meses de abril, mayo y gran parte del mes de junio hubo una demora muy relevante para manejar a los pacientes, a los contactos y hacer alguna trazabilidad, que recién ahora se está empezando a notar algo. La verdad es que no fue tomado. Incluso, propusimos que estudiantes de la facultad de medicina pudiesen ir a las casas para hacer alguna actividad de trazar y educar a la población. Entendemos que las personas no entienden de salud, que hay mucha problemática social, por lo que era una situación que no iba a ser fácil de entender para una gran parte de la población.

Nuestro último gran conflicto fue fundamentalmente con esta metodología que se iba a implementar de diagnóstico con PCR de salida. Al respecto, tuvimos una reunión con nuestro comité asesor, porque parecía más bien una intención de hacer un estudio epidemiológico que un estudio que fuera de utilidad a la población, entendiendo que ya había muchos laboratorios con muestras de 300 o 400 exámenes pendientes para dos, tres, cuatro y hasta cinco días, a fin de implementar una nueva forma de evaluar a la población con saliva, con una reacción de origen molecular que no estaba validada y que implicaba una auto toma, por lo que había que educar a la población para que esta toma fuese efectiva en el enjuague bucal. Es decir, es una muestra que requiere educación dentro de un contexto, en una endemia baja para hacer un estudio y no una situación diagnosticada en plena pandemia, como la que estábamos viviendo. Creemos que ahí tuvimos como país el máximo conflicto para llegar oportunamente a la identificación de casos y al cuarentenamiento efectivo de casos y contactos. Ello va de la mano con la palabra básica, cual es controlar este tipo de situaciones que requiere, fundamentalmente, trazar casos, trazar contactos. Sin embargo, recién ahora se está empezando a vislumbrar alguna capacidad de trazado. Aún estamos partiendo, no estamos en un nivel que permita asegurar tranquilidad como una acción epidemiológica efectiva. Todavía nos falta entender cómo trazar efectivamente y cómo llegar a un corte epidemiológico de contagios que permita algún grado de tranquilidad.

También creemos que los mensajes no fueron del todo claro, lo que facilitó una pequeña baja. Incluso, se abrieron algunos tipos de permiso a la población en un feriado importante, lo que trajo como consecuencia un repunte, porque los mensajes que se dieron en algún momento fueron más flexibles de lo que deberían haber sido. Ahora bien, todos los países tienen una curva ascendente que fue *in crescendo, in crescendo, in crescendo* y a la primera meseta que tuvimos caímos en el cuento de abrir un poco la puerta y, claramente, caímos en la curva ascendente que fue imposible de controlar por varias semanas. Actualmente, estamos viviendo con un pensamiento de reapertura, y todavía pensamos que hay un riesgo de salud pública importante. Si bien es cierto se están liberando algunas camas de pacientes críticos, la importancia va por el lado de la comunidad, es decir, trazar y evitar que pacientes lleguen a ocupar nuevamente estas camas críticas.

Como directorio, cuando nos llegó esta invitación, pensamos en cuál sería el punto que, mirando hacia atrás, debiera fortalecerse de aquí en adelante. Es un diagnóstico con un resultado oportuno que va de la mano con una trazabilidad efectiva a nivel de la población, con todos los bemoles que uno pueda tener de lugares que tienen más o menos recursos, con más o menos problemas sociales, etcétera. Lo otro es que muy tardíamente, también en diagnóstico, se tomó en cuenta la participación del ISP, que es el órgano rector en diagnóstico a nivel país. Nosotros tuvimos conversaciones con el ISP y no podían comentarnos nada, porque no estaban considerados como órgano rector, fue mucho más el comité asesor respecto de la cosa diagnóstica.

Reitero, no hubo invitación a la gente que manejaba los laboratorios del país. Nosotros llamamos a una mesa técnica de diagnóstico para poder vislumbrar, porque nos llegaban muchas consultas de cómo ordenar esto, pero la verdad es que fue un momento imposible de coordinar, con mucha gente esperando procesar, procesar y procesar pruebas diagnósticas con insumos, de repente, limitados. También, recuerden que en algún momento muchos centros, fundamentalmente privados y también algunos públicos, preferían hacer el diagnóstico para el paciente hospitalizado y la comunidad quedaba en espera un par de días, lo cual nuevamente afectaba esta posibilidad diagnóstica en forma oportuna y aumentaba el riesgo de contagio en la comunidad.

Entendemos que la población, cuando se tomaba un examen, muchas veces como estaba asintomática, pensaba que no tenía riesgo mayor, pero, lamentablemente, la cadena no se da así; o sea, aunque la gente estaba esperando exámenes, la indicación clara era hacer cuarentena hasta tener el resultado en la mano y, como pasaban de tres a cinco días, la gente que no estaba muy enferma mantenía actividades sociales de riesgo.

Estuvimos muy en contra del famoso *test* serológico que se transformó, más bien en un mercado que una herramienta útil. Para el diagnóstico de SARS-CoV-2 hay tres líneas: una es la serológica, que ya dijimos que los *test* rápidos no tienen ningún rol aquí y que se transformaron más bien en un mercado de; en segundo lugar, están las pruebas de *test* de antígeno y el confirmatorio y único que está tomado como válido para, es la biología molecular. El *test* de antígeno no es un mal examen; es un *test* de una sensibilidad y especificidad bastante buena. De hecho, se probó en algunos lugares en Santiago. Sin embargo, no fue utilizado por el ISP, porque las industrias no presentaron documentos para que fuera validado como examen. Es un muy buen *test*, pero la problemática que tiene es que requiere de la confirmación. Es un *test* que tiene una sensibilidad sobre 85 o 90 por ciento. Entonces, no es un mal *approach* a la masa, a la población; sin embargo, igual requiere de una confirmación por biología molecular.

Nosotros propusimos hacer un estudio para poder incorporarlo como tamizaje poblacional, con esa mirada, pero, como dije, no hubo muchas empresas que tuvieran la inquietud de presentarlo al ISP, y que este lo validara, tal como lo hizo con los test rápidos, cuya utilidad es escasa. Por lo tanto, esa es mi respuesta respecto del test de antígeno. No es un mal test, pero requiere de confirmación con biología molecular. Para estudios grandes, a nivel poblacional, podría ser importante, porque es rápido y bastante factible.

Respecto del test de saliva, dijimos que tenía muchos bemoles porque fundamentalmente era con autotoma, que consiste determinar cuánta saliva tiene, si va con alimento o no, si va con expectoración o no. Eso no ha tenido mucha validez, y nuestro parecer fue que el frasco de saliva tiene que llegar rápidamente al centro donde se hace la biología molecular. Entonces, teníamos un problema relativo a cómo transportar el frasco de saliva. Si no alcanzaba a procesarse, había que guardarlo, y los refrigeradores ya estaban bastante copados con las

muestras clásicas, que son tubos pequeños de biología molecular respiratoria. Además, había que tener una gran capacidad para guardar estos frascos de saliva, que eran mucho más grandes. Como se trataba de una autotoma, se pensó que el frasco podría entregarse a domicilio, pero surgió la duda respecto de quién iba a entregar la muestra, el que estaba enfermo, el que no lo estaba, o el que estaba enfermo para que le dieran licencia. Por lo tanto, surgía un problema relativo a la identificación, es decir, quién era realmente el que entregaba esa muestra.

Tuvimos una reunión con el comité asesor. Pusimos todos nuestros puntos de vista sobre la mesa, y ellos se comprometieron a hacer una prueba, que en teoría iba a llevarse a cabo con la Universidad Católica para validar el método. Insistimos dos veces, pero nunca nos llegó nada. Y como no existe una validación del examen a nivel mundial -la técnica no está validada para saliva en Chile-, habría que hacer una nueva validación. Eso se pretendía, pero nunca llegó. Por lo tanto, creemos que está en un punto muerto; que no se va a retomar.

3.39.- Ingeniero civil y doctor en Educación, señor Ernesto Laval Molkenbuhr:

VER PRESENTACIÓN

No soy un experto en epidemiología**,** pero me he dedicado a tratar de comunicar información, de visualizar datos, y lo que ha ocurrido con la epidemia ha necesitado mucho esfuerzo de comunicación y hacer puentes entre los especialistas, la información disponible y la comunidad.

Uno de los patrones recurrentes que se veía en China, el 26 de enero, es que los brotes se comportaban de una manera tal que aparentaban estar controlados durante mucho tiempo, incluso podían pasar varias semanas con menos de diez casos. Después entendimos que eso sucedía, porque muchos de estos casos eran importados y que todavía no iniciaban una cadena de contagio. Lo malo es que esto generaba una suerte de falsa seguridad o tranquilidad. Esto que vimos en China, también se puede apreciar en los datos de Corea del Sur, que llega a un punto de inflexión, cuando pasamos cierto nivel.

Cuando empieza a crecer el número de casos, en casi todos los lugares se desata una suerte de crecimiento, que los especialistas llamamos crecimiento exponencial, pero es un crecimiento acelerado y bastante disparado. Después, a comienzos de marzo, vimos que esto mismo ocurrió en Italia; el 10 de marzo, vimos que esto estaba pasando en España. De alguna manera, uno podía predecir que este era un patrón de cómo se comportaba la epidemia en distintos países.

Al 15 de mayo, esto estaba ocurriendo, al mismo tiempo, en la Región Metropolitana y en las regiones de Atacama, Coquimbo, Los Lagos, O’Higgins,

Valparaíso y Antofagasta. Se tenía la sensación de que el virus estaba controlado en las distintas regiones, porque los números todavía no explotaban. Pero si uno hacía una suerte de análisis básico de lo que estaba sucediendo, de lo que ocurrió en China, en Corea, en España, en Italia, en la Región Metropolitana, era absolutamente esperable que esto pudiera estallar, en términos de crecimiento de la epidemia. Cuando uno ve qué pasó después del 15 de mayo en regiones como Atacama, que uno pensaba que el virus no había tocado a la región hasta cierto momento, en mayo; cuando uno veía la Región de O'Higgins, que estaba tan cerca de Santiago, muchos de los que observábamos los datos nos preguntábamos cómo, estando tan cerca de Santiago, no tenía el mismo comportamiento, que era algo especial y que el virus estaba teniendo un mejor comportamiento.

Otro tema es cuando uno empieza a caer en la trampa de los promedios. Cuando uno ve que Chile se está comportando de cierta manera, dejamos de ver lo que está ocurriendo con muchas comunas, y aquí viene el tema de que este mismo comportamiento empieza a crecer en algunas comunas que no hacen noticia, porque los casos están subiendo en forma lenta, es absolutamente predecible que va a venir un aumento de casos si no se toman medidas que lo eviten.

El 27 de marzo, el Harvard Business Review publicó un artículo tremendamente interesante, que debería haber estado en los escritorios de todas las autoridades, que son las lecciones que podemos aprender de cómo Italia respondió al coronavirus. Un primer mensaje era que la mejor manera de combatir la pandemia es cuando se hace tempranamente, cuando todavía parece pequeña. Pero me pareció muy interesante el análisis político que se hacía de esto, que si uno hace una reacción fuerte, cuando la medida es muy pequeña, probablemente lo van a tomar como una sobrerreacción, y si uno tiene éxito, probablemente te van a criticar, porque hiciste algo que no era necesario haber hecho, pero cuando uno mira *a posteriori*, la mejor decisión era tener una reacción fuerte cuando el problema es pequeño, de manera que lo podamos contener. Lo otro que comentaban de Italia era este incremento gradual en cuarentenas locales. Si bien tenemos la imagen de Italia con una cuarentena a nivel país, inicialmente se comenzó con cuarentenas en once comunas, en once distritos diferentes. Y cuando esto ya no se pudo contener, se hizo cuarentena en toda la zona de Lombardía y, finalmente, se terminó haciendo una cuarentena en todo el país. Entonces, lo que analizan de Italia es que esto de hacer cuarentenas graduales, en forma local, parecía prudente, pero finalmente fue un error.

Otro tema sobre el que también hablan es sobre lo importante que es no tener acciones aisladas, sino simultáneas, orquestadas, y mencionan el caso de Corea del Sur en el tema del test. Se decía que Corea hacía muchos test, pero lo importante no era hacer muchos test, sino que lo importante era hacer muchos test, pero junto a un seguimiento riguroso de la cadena de contacto, de manera de tener información de los movimientos de los infectados, que es el tema de la trazabilidad. En marzo, cuando se preguntaban por las opciones que había,

generalmente se oponían estos dos mundos: la estrategia de Corea del Sur frente a la estrategia de China. Recordemos que, en su estrategia, Corea del Sur no hizo una cuarentena, pero sí fue muy precisa en materia de trazabilidad. Partieron con el paciente número uno, el paciente dos, y el 4 de enero tenían los primeros casos que venían del extranjero. Poco a poco fueron llegando a treinta casos, el 16 de febrero. En la literatura se habla mucho de lo que ocurrió con el paciente número 31, que fue el primer paciente cuyo origen de contagio no era claro, que fue una mujer. Ese paciente no fue detectado en forma oportuna y antes de aislarlo estuvo en contacto con otras personas, porque participaba en un grupo religioso. Después, ese paciente empezó a tener contacto y se produjo un brote de contacto en ese grupo religioso y, finalmente, al 31 de marzo, se estima que cerca de 5.000 de los casos -al 31 de marzo había menos de 10.000 casos en Corea del Sur- se habían originado en contactos de este paciente número 31. Teniendo la imagen de que Corea es el ejemplo de trazabilidad, si uno deja escapar unos pocos casos, puede ocurrir una situación dramática, como esta, que más de la mitad de nuestros casos se originan por no tener una trazabilidad en forma exhaustiva.

Un caso alternativo es lo que ocurría en China y para todos fue noticia la cuarentena masiva en Wuhan. Muchas veces nos encontramos con esta alternativa de ir por cuarentena o por trazabilidad, y aquí viene esta imagen de si es lo uno o lo otro. Un artículo muy influyente, de Tomás Pueyo, hablaba de esta estrategia que él llamaba “El martillo y la danza”, diciendo que si no somos capaces de tener muy controlado el virus inicialmente, es necesario hacer un martillazo a la epidemia, en términos de tener una medida muy rigurosa, que nos permita bajar en forma temprana, y esta forma temprana es que sean unas tres a siete semanas, si se hace bien esta medida rigurosa, para después tener una etapa que él llamaba la danza, que es, una vez que lo bajamos, cómo mantenemos los niveles de contagio relativamente bajos. En términos epidemiológicos, hablamos de mantener el factor R bajo 1, una vez que ya logramos saltar a este estado. Mucha gente decía que si aplicábamos cuarentenas severas, obviamente va a volver a subir. Entonces, no tiene mucho sentido, y tenemos que mantenerlo en un nivel alto, que lo podamos contener. Y la mirada alternativa era que no necesariamente va a ocurrir eso; que si no tenemos la capacidad de controlarlo inicialmente, podemos tomar medidas agresivas que nos permitan bajar los niveles y después mantenerlos a través de una serie de medidas, que implican también una trazabilidad efectiva.

Después, el caso que he seguido con bastante interés es el de Nueva Zelanda, que también ayuda para comunicar de una manera distinta, desde una mirada práctica, el tema de la trazabilidad. El 23 de marzo, Nueva Zelanda comunica los primeros dos casos de transmisión comunitaria. Llevaban cien casos y aparecieron dos casos, que no sabían dónde se habían originado, y la decisión fue hacer cuarentenas masivas en todo el país, hasta cortar la cadena de contagio. Ahora, uno puede imaginarse que cuando uno lleva cien casos y decreta esta medida rigurosa, los números van a bajar inmediatamente y de los cien vamos a llegar a cero. En Nueva Zelanda, de llevar del orden de cien casos, los números siguieron subiendo durante un par de semanas, hasta que empezaron a

bajar, y llegaron al final a más de mil casos en total, después de haber tenido una cuarentena intensa. Eso significa también que una vez que se toman las medidas rigurosas, queda mucho todavía por crecer. Y esto es un mensaje: mientras más temprano uno las tome, ese mucho crecimiento va a ser más bajo; mientras más tarde, ese mucho crecimiento va a ser inmenso.

Después de llevar más de cien días sin contagios comunitarios, se produjeron contagios, pero todos estos eran de gente que venía del extranjero, que se aislaba en residencias sanitarias -neozelandeses- durante dos semanas; al segundo día se les tomaba un test y otro al día doce o trece, si no me equivoco. Ahora, si estas personas daban positivo, significaba que habían sido infectadas en el extranjero; por lo tanto, habían casos, pero eran importados. Cuando uno ve qué es lo que ocurrió cuando apareció esta primera persona el 11 de agosto, que contagió a 4 personas de su familia e inmediatamente se inició una estrategia de rastreo de todos los contactos y con esta información, recopilada al 16 de agosto, tenían identificado lo que se conoce como el clúster, el conglomerado de casos. En el fondo, esta persona, además de su familia, contagió a las personas de su lugar de trabajo y a las familias de las personas de ese trabajo. Incluso, de los primeros cuatro casos, había un familiar que después fue a una escuela en donde había mucho temor de que se contagiara la comunidad de ese establecimiento educacional. Lo más importante en este concepto es saber que si hacemos una buena trazabilidad, empezaremos a hablar un lenguaje distinto, empezaremos a hablar de cuál es la frontera del clúster, que no se ha identificado. Nueva Zelanda, por ejemplo, llevaba 16 clúster hasta antes de este nuevo brote que hubo. Este es el número 17, los anteriores ya estaban cerrados. Incluso, decían que en cada clúster esperarían 28 días sin un nuevo caso para cerrar ese clúster. Más que un tema técnico, creo que es un tema de lenguaje. En qué nos estamos focalizando cuando le comunicamos a la comunidad cuál es nuestro manejo de la epidemia; si estamos hablando de la trazabilidad, si estamos hablando de los conglomerados o si estamos hablando que si subimos un 12 por ciento la cantidad de casos o los bajamos.

Ahora, cuando uno mira lo que ocurría en Chile el 1 de abril, en nuestro informe epidemiológico -aquí hay algo curioso porque en la última página, en la número 38, antes de llegar a referencias-, había un pequeño cuadro que hablaba del total de casos, según el factor de exposición. O sea, el 1 de abril nos informaban en este informe de 2.700 casos y de esos 634 sin nexo y 577 en investigación. Hay, al menos, 1.000 casos que aún desconocemos su origen. Si recuerdan, en Nueva Zelanda, con solo 2 casos se levantó la alerta. En cambio Corea del Sur, con un caso de transmisión comunitaria, que no se manejó bien, terminó con 5.000 contactos. En Chile, el 1 de abril teníamos más de 1.000 casos, que también desconocíamos su origen, pero no era tema. No manejábamos este tipo de comunicación, en el sentido de decirle a la comunidad la cantidad de casos que tenemos de transmisión comunitaria, casos en alguna comuna donde aparece un nuevo suceso o un segundo caso. Comunicacionalmente, eso nunca se manejó en Chile durante los primeros meses de la pandemia. Lo peor de todo es que el 15 de abril se dejó de publicar acerca del tipo de contagio, y nunca se ha hecho

público a nivel comunal. Esa información es muy importante, muy valiosa, para entender la efectividad de la trazabilidad. Si la trazabilidad se hace bien, vamos a tener muy pocos casos de transmisión comunitaria. Y ese indicador no lo teníamos.

Por otra parte, quiero tocar un tema de desafío como persona de la comunidad. Estamos tratando de entender la epidemia y tener acceso a información que nos permita comprender mejor este tipo de conceptos que no se comunican. Ahí hay un problema, porque como ciudadanos nunca hemos tenido acceso a los datos desagregados. Por ejemplo, hoy puedo ir al sitio de datos abiertos de la ciudad de Buenos Aires y ver los más de 300.000 casos sospechosos, incluso la fecha en que se inscribió a cada uno de ellos o de notificación en Epivigila, en lenguaje chileno. La fecha en que se recibió el test, la clasificación si es que fue un caso confirmado; el tipo de contagio, si fue comunitario, por contacto o importado. Esa información es pública, de cada persona se puede saber el género, la edad, la comuna, etcétera. Me imagino que en Buenos Aires tampoco hay riesgo para identificar a las personas. Si fuese una comuna más pequeña quizá uno podría hacer las averiguaciones correspondientes, pero esta información es posible de manejar en términos de hacerla pública y no se hizo. Hoy puedo ver la información de cada caso sospechoso si descargo los datos públicos que existen, por ejemplo, de México. Incluso, hace pocos días estuve viendo los datos de Bélgica para ver cómo estaban evolucionando los brotes recientes por grupos de edad. No hemos tenido acceso a este tipo de datos. Lo que se decía en Chile era que se resguardaba la privacidad de las personas, por lo tanto, no podíamos hacerlos públicos.

Me llama la atención porque el Ministerio de Educación entrega los datos de cada estudiante, desde que entra a la educación prebásica hasta que obtiene Becas Chile. Obviamente, sin identificar el Rut, sin identificar a la persona, en forma anónima; pero sabemos el sexo y la edad de cada estudiante chileno. Es posible hacerlo en Chile. Por ejemplo, en Salud, a través del DEIS, entregamos información de cada persona de los últimos 10 años de fallecidos.

Es posible entregar la información desagregada, y por alguna razón se ha tomado la decisión, con los datos de la pandemia, de entregarla a través de nuestros informes que pasan por un filtro, en el sentido de cómo queremos mostrarlos. Al respecto, también hemos tenido muchas dificultades quienes hemos querido analizar los datos. Es un desafío, sobre todo ahora que las decisiones se toman a nivel comunal. Pero hasta el día de hoy no existen datos públicos de todo Chile a nivel comunal y, particular, para la Región Metropolitana. Lo que han hecho algunas personas, fuera del sistema oficial, es recopilar los reportes que hacen las seremis para tener un reporte integrado de todas las comunas, salvo la Región Metropolitana, que reportan diariamente los casos. Ahora bien, esto genera ciertos problemas porque, a veces, en los reportes epidemiológicos por comunas también se hacen ajustes y estos terminan entregando información inconsistente cuando se cambian las residencias y no se actualiza la información de la serie de tiempos. Básicamente, mi mensaje es que la información clave para

tomar decisiones, tanto de las autoridades como de los propios ciudadanos, es tener la información a nivel comunal.

Cuando se comunicó este Plan Paso a Paso, desde un punto de vista comunicacional, conceptual, tenía serios reparos respecto de cómo se presentaba este plan. No voy a entrar en detalle de eso, porque ya se estableció cuáles son esos cinco pasos, pero sí encontré muy valioso que, junto con un plan donde tenemos los distintos pasos, se hicieran transparentes y se comunicaran criterios e indicadores de cómo íbamos a tomar las decisiones. Sin embargo, esos criterios tenían muchos problemas al igual que los indicadores que después fueron ajustados por el propio Consejo Asesor. Incluso, el mismo ministro de Salud dijo que, una vez que recibió la nota a fines de junio, que el ministerio se iba a acoger a dichas propuestas. Pero aún no hemos visto en un documento oficial del Ministerio de Salud los ajustes sobre la base de la información provista por el Consejo Asesor. Pero aún, cuando hemos visto la información de la toma de decisiones, no se ha aparejado de cómo esta decisión se refleja en los mismos criterios que definió originalmente el Ministerio de Salud ni tampoco en los criterios que después redefinió el Consejo Asesor. O sea, los criterios no necesariamente corresponden a las decisiones tomadas. Creo que esto es lo más grave, por cuanto se trataba de una tremenda oportunidad para que los criterios fueran claros y transparentes respecto de cómo se deberían tomar las decisiones. Una oportunidad que no solo se ha desperdiciado sino que se han tomado decisiones que van en contra de dichos criterios. Además de la importancia de tener buenos indicadores, acá el problema es que tenemos muchos, lo cual no es malo, pero creo que no se comunican bien.

La estrategia de testeos, de trazabilidad y de aislamiento, ha definido cerca de diez indicadores. El Plan Paso a Paso, originalmente, también tenía algunos indicadores, después en el Consejo Asesor los aumentó. Y cuando se empiezan a publicar en el informe Epidemiológico los indicadores, solo se informan algunos del protocolo de trazabilidad, pero no se informan los indicadores del Plan Paso a Paso. Hay algunos de estos indicadores que están en ambos. Por lo tanto, en términos comunicacionales, hay una tremenda confusión. Ahora, cuando se habla de un indicador, estoy seguro de que la mayoría de la comunidad no entiende realmente qué es lo que significa ese indicador. Y cuando se habla del tema de la trazabilidad, hablamos de que es buena; incluso, tenemos una trazabilidad de 80 por ciento, a pesar de que otros dicen que es de solo un 30 por ciento. Pero pocas veces se explica qué se quiere decir con ese 80 o 30 por ciento. Cuando hablamos de trazabilidad hay una serie de componentes involucrados, desde que si estamos identificando oportunamente a los contactos o si los hemos identificado. Por eso aquí hay un tema que creo era crítico. No sé si mucha gente leyó la nota del Consejo Asesor, en cuanto a tratar de operacionalizar alguno de estos indicadores. Cuando hablamos del porcentaje de casos que hemos investigado, el Consejo Asesor dijo: “lo importante es que desde el momento en que cada caso está en calidad de sospechoso, tienen que pasar menos de 48 horas para que el caso esté en aislamiento.”. Y muchas veces hablamos de que en menos de 24 horas el caso está en investigación. Como

ciudadano, no sé si investigación significa que lo contacté por teléfono, y por eso hago un tique al formulario de investigación, pues efectivamente el caso está en aislamiento. Lo importante es que el caso no esté contagiando a otras personas desde que tenemos una definición de que es sospechoso.

Cuando hablamos de la cantidad de casos de contactos identificados o que se han investigado, lo que especificaba el Consejo Asesor es que son casos cuyos RUT estén en las listas de contactos que ya están en cuarentena, y yo creo que mencionar esto de que los RUT están en las listas de cuarentenas es muy importante y pocas veces se menciona, porque significa que cuando yo encuentro un contacto, no significa que empiece a investigar a ese contacto. Le digo, ¿usted ha tenido relación con otra persona infectada? Y me dice: sí, mi hermano estaba infectado, y yo digo entonces estaba relacionado con un caso previo. Lo importante es que este contacto que yo encontré era una persona que había sido contacto de otra persona y que lo habíamos aislado, lo habíamos puesto en cuarentena oportunamente y cuando dio positivo ya era parte de las personas que estaban en cuarentena. Esas cosas que parecen sutilezas, creo que son muy importantes para ver si estamos haciendo o no una buena estrategia de trazabilidad y no se comunican, y creo que lo peor es que no se entiende. Y aquí, me tomo unos segundos para decir que comunicacionalmente lo que nos ha faltado como país es que la comunidad se empodere y esté participando de lo que es la gestión de la epidemia, y al respecto creo que hemos hecho una pésima campaña pedagógica de la epidemia.

En cuanto a qué pasa en nuestras comunas con los indicadores. El Consejo Asesor define que uno de los indicadores para salir de cuarentena a transición es que tengamos un factor Re menor a 1 en los últimos 21 días. Aquí, hice un análisis de cómo fue el Re en los últimos 21 días, en cada una de las comunas de La Araucanía. Prácticamente, ninguna, salvo Curarrehue, había estado por 21 días con un Re menor a 1. O sea, ninguna comuna de La Araucanía, salvo Curarrehue, calificaba para pasar de cuarentena a transición, y la Región de La Araucanía está en apertura inicial hace varios días. Por lo tanto, hay un tema de que no hay consistencia. Se podría cuestionar si es que tiene sentido o no que sean tantos días, pero si definimos que estos son criterios importantes, yo creo que lo mínimo que debemos hacer es justificar por qué tomamos las decisiones aun cuando estemos no cumpliendo con alguno de los criterios.

Mirando los datos que salieron hace pocos días de trazabilidad, en el informe epidemiológico, por ejemplo, en Santiago, se dice que la proporción de casos nuevos investigados antes de 48 horas es del 75,9 por ciento. Los criterios originales del Ministerio de Salud dicen que hay que tener más del 80 por ciento para pasar de cuarentena a transición, y la comuna de Santiago pasó de cuarentena a transición. Entonces, al menos, debiésemos tener una claridad de por qué en algunos casos no cumpliéndose los criterios se toman las decisiones o si no sincerar de que en realidad nuestra tabla de criterio ya no tiene sentido y no la vamos a utilizar. Ahora, entrando más en detalles que no están en los criterios necesariamente, cuando se ve la comuna de Santiago, de 58 casos nuevos en el

período que hacemos referencia, del 8 al 14 de agosto, solo 19 contactos nuevos están asociados a esos 58 casos, o sea, el 32 por ciento.

Cuando se ve a la Región Metropolitana completa es más de 1,7 por ciento, que es muy bajo y muy malo, pero en la comuna de Santiago, que ya no está en cuarentena, estamos identificando a un tercio de contactos por cada caso. Eso realmente a mí no me cabe en la cabeza en términos de las señales que estamos dando de cuán rigurosa es la trazabilidad y cuán rigurosas son nuestras señales.

Muchas veces se habla si estamos en condiciones para tener una buena trazabilidad o no. Creo que también hay un problema, como lo decía al comienzo, con esto de los promedios. Creo que hay comunas que sí están en muy buenas condiciones y cuando uno trata de explicarse cómo es que Los Ríos no ha despegado, yo creo que Los Ríos debe hacer un muy buen trabajo de trazabilidad comparado con otras regiones, y cuando yo veo los informes de la seremi de Los Ríos, efectivamente veo que cada uno de ellos dicen que estas dos personas fueron identificadas, esta persona estaba en contacto con esta otra persona. Esta persona ya fue aislada en una residencia sanitaria. Al menos, la información que se reportaba en Los Ríos me comunica que hay una preocupación por la trazabilidad. Hay otras regiones donde no veo nada de esa información. Entonces, creo que efectivamente la trazabilidad, si es que uno pone en los indicadores como algo importante en lo que se comunica, eso tiene un efecto de cascada y si veo que este es un indicador importante probablemente la autoridad regional va a tratar de subir los niveles en esos indicadores. Probablemente, la autoridad comunal va a tratar de decirle a la comunidad: sí, nosotros estamos haciendo un esfuerzo para estar en una buena zona.

De partida si yo pidiera algo, sería que en vez de comunicar cuántos casos menos tenemos, comunicáramos cuántos contactos tenemos efectivamente y que eso sea como un eje que conduzca de alguna manera un cambio de conducta en el país.

3.40.- Miembro de la Plataforma iCovid Chile, doctor Mauricio Canals Lambarri:

Participo en la Escuela de Salud Pública en donde elaboramos informes semanales del acontecimiento de la epidemia a lo largo de Chile. Estos informes están disponibles en la red. Lo que estoy compartiendo es el último informe para destacar algunos puntos importantes. La primera imagen corresponde a la evolución de la epidemia en el mundo; la curva roja representa la variación del número de casos diarios en el mundo; la línea negra muestra los promedios móviles y, las curvas de colores, la variación en América, en el Mediterráneo, en África, en Europa, etcétera. Pueden ver que hoy la epidemia está comandada por lo que está sucediendo en América, que tiene la mayor cantidad de casos. Cabe señalar que durante el último tiempo estamos con una relativa estabilización en el número de casos. Personalmente, pienso que se está llegando al *peak* y,

probablemente, esto tenga una meseta larga para posteriormente descender. Esta imagen sirve para destacar la irregularidad que tiene este proceso y la variación semanal que pueden apreciar obedece a los reportes que se producen. Si, por ejemplo, uno hace un análisis de serie en el tiempo pueden ver que esto oscila en forma semanal, porque hay días en que se reporta menos. Pero tiene una gran variabilidad en lo que disminuye la capacidad de predicción.

Al avanzar en este informe se puede observar que la curva de la derecha corresponde a lo que sucedió en Chile. Ahí tenemos dos curvas: en azul, la de los casos reportados por el Minsal, de acuerdo a PCR, y, en rojo, los casos corregidos por subreporte. El subreporte lo podemos calcular en base de la letalidad, porque existe una letalidad esperada para esta enfermedad que es de alrededor de un 1,4 por ciento. Entonces, cuando hay un exceso de letalidad no es porque haya más letalidad, sino porque hay una subestimación del denominador. Bajo esa perspectiva se puede estimar cuál es el subreporte, de tal manera que en el *peak*, que fue más o menos en el mes de junio, estimamos que el número de casos diarios debió haber llegado a más de 10.000.

Esta curva es interesante, porque relaciona lo que sucedió en Chile (el gráfico del lado izquierdo fue publicado en la revista Panamerican Journal Of Public Health, me refiero a la revista Panamericana de Salud Pública), con los ascensos y con las distintas medidas tomadas por el gobierno. En el gráfico marco, en particular, en el mes de abril existió lo que se llamó la relajación de las medidas en la llamada a la nueva normalidad y, posteriormente, justo, coincidiendo con la relajación de las medidas del Día de la Mamá y la Semana Santa, aparece la gran epidemia que es comandada por la comuna de Santiago, en particular por la Región Metropolitana de Santiago.

En la figura del lado derecho, como figura 3, pueden observar todas las epidemias hasta nuestros días. La curva roja es la epidemia de todo Chile y la curva azul es la epidemia de la Región Metropolitana. Pueden ver que gran parte de toda la epidemia en Chile, es explicada por la evolución de la Región Metropolitana. Y la curva verde es la suma de todas las regiones, para que vean la magnitud de las cosas. En estos últimos días, en el último mes, recién se ha invertido la relación con que la suma de todas las regiones, es más de lo que ocurre en la Región Metropolitana de Santiago. En el siguiente gráfico, la figura del lado izquierdo, están las curvas epidémicas de cada una de las regiones, todas sobrepuestas para que nos dé una idea de lo que está sucediendo actualmente con el conjunto de las regiones. Y ustedes pueden ver que se tiene un pseudo-*peak* que corresponde, aproximadamente, a los meses de junio y julio, y actualmente una estabilización de lo que llamamos endemia alta.

Si ustedes miran la figura del lado derecho, ese es el gráfico extraído del Ministerio de Salud, se muestran las regiones que tienen más de 10 por 100.000 casos, en las curvas de arriba y en la curva de abajo son de menos de 10 por 100.000 casos, y pueden ver que fundamentalmente las regiones de mayor preocupación son Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama,

Coquimbo, Biobío y Magallanes, mientras que el resto de las regiones tiene menos de 10.000 casos por 100.000 habitantes. Aquí, hay una salvedad importante, en el plan paso a paso, en uno de los indicadores habla de casos activos por 100.000 habitantes. En mi opinión, es un error eso, incluso en la publicación que está puesta en el ministerio. Los casos activos uno los puede calcular y son aproximadamente entre 10 y 14 veces los casos diarios, porque cada caso dura aproximadamente entre 10 y 14 días. Entonces, prácticamente no hay ninguna región que cumpla con el criterio que aparece como está escrito ahí y es algo que se tendría que analizar.

Otro indicador interesante es la evolución de las UCI. En el gráfico se puede apreciar que en un principio se elevaron a una gran cantidad de UCI, hasta pasar a más de 2.000 UCI ocupadas, para descender actualmente aproximadamente alrededor de 1.200 UCI. Los puntos blancos representan el número de pacientes que estaban ventilados en ventilación mecánica, pero fuera de la UCI, lo cual es una indicación clara de saturación del sistema. Un paciente en ventilación mecánica no puede estar fuera de una UCI. Ese número que llegó a 400, actualmente está alrededor de 22. El gráfico del lado derecho tiene la evolución del número reproductivo básico, que tanto se ha hablado, y actualmente se ha estabilizado cercano a 1, con los intervalos de confianza y dependiendo de la forma en que se calcule aproximadamente cerca de 1.

Finalmente, en la imagen del lado izquierdo, la curva responde a la pregunta de si era predecible. Con modelos matemáticos era perfectamente predecible lo que iba a ocurrir, bajo ciertas condiciones y parámetros. Nosotros propusimos, en los informes sucesivos en la Escuela de Salud Pública, que el *peak* iba a ser entre el 13 de junio y el 20 de junio, lo que efectivamente ocurrió. Utilizamos modelos estocásticos y pudimos observar que se está cumpliendo relativamente bien lo que está sucediendo con la epidemia a nivel nacional y a nivel de la Región Metropolitana de Santiago. Las curvas rojas son lo que predice el modelo estocástico, un modelo aleatorio. Es decir, si las curvas circulan dentro del área roja, está adecuada la predicción. La curva azul corresponde a los casos corregidos por subreporte, la curva negra corresponde a los casos que se reportan diariamente, pero fíjense en la curva verde, esa curva es interesante, porque nos dice lo que podría suceder en la Región Metropolitana de Santiago. La curva verde es la curva de Europa, pero reescalada a la situación de Chile, de tal manera que nos permite visualizar lo que podría pasar en Chile. Observen como Europa subió, tuvo un *peak*, después descendió y actualmente tiene un ascenso paulatino aproximadamente en los últimos cincuenta días. Fíjense como Chile está siguiendo prácticamente la misma curva europea y actualmente está en esa etapa. Miren la curva azul que son los casos corregidos por subreporte y lo que puede suceder, es efectivamente una endemia alta, más o menos estable, para luego empezar un nuevo ascenso, de acuerdo con la cantidad de susceptibles que tengamos libres.

La última figura que se muestra corresponde a la evaluación de la Región Metropolitana de Santiago, es una curva teórica, es una función Gompertz

que nos permite modelar la epidemia en Santiago y pueden ver como esto perfectamente se ajusta aproximadamente a lo que ha ocurrido en Santiago. La curva roja es la predicción y la curva azul corresponde a lo que efectivamente está sucediendo en Santiago. Y se puede ver cómo nos encontramos actualmente, en un estado que podríamos llamar endemia más o menos estable. Eso contesta algunas de las preguntas de cuán predecible era. Ahora, esto se informó en repetidas formas al ministerio, a través de los informes que se emiten por la Escuela de Salud Pública y, también, todos estos reportes se han hecho llegar directamente al ministro de Ciencias Tecnología, Conocimiento e Innovación. Hay que informar que en dos oportunidades se realizó una reunión, vía *streaming*, con los moderadores matemáticos, cuyos informes se hicieron llegar al ministro de Ciencia, en donde se informaba que el crecimiento exponencial de esta curva era inevitable. Una de las frases que quedó plasmada en uno de esos informes, del 20 de abril, es que ante situaciones de crecimiento exponencial había que tomar medidas exponenciales, es decir, eso se hizo llegar.

Otro aspecto importante se refiere a que actualmente en ICOVID, nosotros estamos usando indicadores que nos permitan seguir la epidemia y nos hemos enfocado en cuatro focos. Uno, es la dinámica de contagio que considera el número reproductivo y el número de las tasas de infectados diarios por 100.000, la tasa de incidencia diaria. El segundo indicador es la capacidad de testeo, es decir, cuántos test se están haciendo. El tercer indicador se llama trazabilidad y aislamiento, y el cuarto indicador corresponde a la capacidad hospitalaria. Si uno analiza indicador por indicador en el último informe covid tenemos situaciones que son disímiles. Actualmente, el número reproductivo está en torno a uno; sin embargo, hay algunas regiones con indicadores preocupantes que están ascendiendo de uno, en particular las regiones de Atacama y del Biobío, que tienen situaciones particulares con R ascendentes. También tenemos situaciones donde hay alta carga, como en las regiones de Arica, Parinacota y Atacama, con altas tasas de infectados por unidad de tiempo.

En capacidad de testeo diría que estamos bien, porque ha tenido un paulatino aumento. Actualmente, el testeo es del orden de uno por mil o de cien por cien mil, si quieren usar las tasas por cien mil, de tal manera que es un buen indicador de un aspecto positivo. La capacidad hospitalaria es un segundo indicador que es bueno. En Chile la capacidad hospitalaria, en cuanto a UCI, aumentó de 1.200 a cerca de 2.800 o 3.000 UCI como capacidad total. En estos días la ocupación UCI llega a 75 por ciento, o sea, hay 25 por ciento de disponibilidad UCI, lo cual como indicador está bien. ¿Cuál es el talón de Aquiles? La trazabilidad. En ese sentido, en el último informe destacamos dos niveles que se han podido medir. Recientemente la Universidad de Chile, La Universidad Católica y la Universidad de Concepción, en conjunto, establecieron un convenio con el Ministerio de Salud para acceder a los datos originales en forma directa. A través de dicho convenio se han podido reconstruir todas las series temporales, no desde la confirmación del PCR, sino desde el inicio de síntomas, que es el punto principal. Lo interesante es que a pesar de haber construido varios indicadores de trazabilidad con los datos que se tienen en el Ministerio de Salud, solo se han

podido obtener dos de esos indicadores. Un indicador es lo que se llama la proporción de confirmados temprano. En otras palabras, qué proporción de los casos son informados antes de 48 horas, y es un indicador muy importante: cuántos son confirmados antes de 48 horas del inicio de síntomas. Si uno ve dicho indicador desgraciadamente es malísimo, y lo destaco no solo como malo, sino como malísimo. Ese indicador, que es la proporción de informados temprano, es decir, antes de 48 horas desde el inicio de síntomas, ha variado desde 15 por ciento, en marzo, hasta actualmente 37 por ciento, con un intervalo de confianza entre 44 por ciento y 27 por ciento, de tal manera que es imposible una mayor trazabilidad si la proporción de individuos que se confirma antes de 48 horas es menor a 40 por ciento. Entonces, es imposible aislar un 80 por ciento y es imposible cuarentenar un 80 por ciento de los contactos antes de 48 horas. Ese es un indicador sumamente serio y grave, y que atenta contra toda posibilidad de trazabilidad.

Otro aspecto lamentable se refiere al tiempo desde el inicio de síntomas hasta la confirmación del PCR. Es un dato muy importante: tiempo desde inicio de síntomas hasta confirmación del PCR. ¿Por qué es tan importante? Porque entre inicio de síntomas y confirmación de PCR uno es infectante, uno está infectando a otras personas. En Chile, el tiempo promedio actual, desde el inicio de síntomas hasta confirmación de PCR, es cinco días, lo cual hace imposible una trazabilidad adecuada en 48 horas. Al respecto, el peor lugar en este instante es Aysén, que tiene un promedio de alrededor de 11 días entre inicio de síntomas y PCR. El resto del país, aproximadamente estable, se ha mantenido entre cinco y seis días. Entonces, si uno analiza todos los indicadores, en Chile, en cuanto a la carga de infectados y al número reproductivo, el panorama no es tan malo; no hay tanta carga de infectados. Hay muchos lugares que están cumpliendo con menos de 10 por cien mil casos por día. El número reproductivo está leventemente sobre uno, pero fluctuando, a veces está bajo uno y otras sobre uno, y los intervalos de confianza siempre incluyen al uno. Diríamos que estamos en un estado de endemia estable, en términos globales. Por ahora estamos bien en la capacidad de UCI, si es que se mantienen como UCI, pero estamos mal en trazabilidad, derechamente, y lo afirmo con datos publicados y disponibles en la plataforma Icovid, de tal manera que los pueden bajar. En trazabilidad los indicadores son malos. En testeo y en UCI los indicadores son buenos.

3.41.- Intendente de la Región del Biobío, señor Sergio Giacaman García:

La Región del Biobío no es Santiago, y Santiago tampoco es Chile. En esta región, desde el primer día hemos combatido con mucha fuerza la pandemia. De hecho, citamos a una mesa covid-19 al inicio de esta, donde participa activamente el presidente regional del Colegio Médico, incorporamos a la vicepresidenta nacional de Enfermeras y Enfermeros, están los rectores de las universidades y también está el presidente de los alcaldes. En esa mesa hemos abordado y generado un trabajo transversal que nos ayudó a contener la pandemia durante prácticamente 5 meses. Desde ahí, los números de la región

hoy corresponden a 17.476 casos acumulados, de los cuales activos hay 2.400 casos y lamentamos el fallecimiento de 211 personas, fallecimientos que sentimos profundamente, no obstante la tasa de fallecidos en la región es bastante baja y corresponde al 0,05 por ciento. La mesa que conformamos definió, al inicio de la pandemia, de hecho, nosotros prestamos soporte permanente a otras regiones, desde el punto de vista no solo de la red asistencial, sino también al inicio en términos de la capacidad de testear. Como región, una de nuestras fortalezas históricas es que tenemos muchos centros universitarios, y donde la Universidad de Concepción es la más emblemática, y con otras universidades armamos una red de nueve laboratorios de biología molecular, lo que significa que efectivamente tenemos una capacidad de testeo muy alta, por lo que hemos acumulado 191.472 exámenes, lo que nos ha permitido tener un porcentaje de positividad de 9,3 por ciento.

Asimismo, al inicio de la pandemia, dentro de las aristas que abordamos con mucha fuerza, fue la complejización de la red asistencial. Ahí, particularmente quiero comentar que iniciamos la pandemia con solo 66 camas UCI, en el sector público y 24 en el sector privado, y hoy ya estamos prácticamente en las 200 camas UCI sumados ambos sectores; trabajo que también quiero destacar y que tiene que ver con la capacidad de infraestructura que tiene la región con la incorporación de la ventilación mecánica invasiva pero, sobre todo, de la red de profesionales que tenemos. Esta región tiene ventajas respecto de otras, porque como somos un centro de formación de profesionales, particularmente de la salud, tenemos una robustez de profesionales de la salud muy potente, y ahí el Colegio Médico también tiene un rol clave al ayudarnos en la coordinación de la preparación de las personas para participar del proceso de intubación de personas que ingresan a camas críticas con ventilación mecánica invasiva. Al respecto, se han hecho trabajos en centros de simulación, coordinados con el Colegio Médico, lo que nos ayudó, por ejemplo, en la provincia de Arauco, a activar una red de camas críticas con ventilación mecánica invasiva que no teníamos al inicio de la pandemia en que, insisto en el punto, es un trabajo de muchos actores.

Desde el testeo, y tal como lo comenté recién, desde el punto de vista de la trazabilidad, hemos tenido una trazabilidad alta para efectos de los casos positivos y de los contactos más estrechos, posteriormente se precisará con más detalle. Respecto del proceso de aislamiento, hemos generado una importante incorporación de funcionarios a la seremi de Salud para efectos de activar en las tres provincias de la región centros de fiscalización; habilitamos uno en Concepción, un colegio en la provincia de Arauco y otros en la provincia del Biobío, y desde ahí los equipos de fiscalización se despliegan y están constantemente monitoreando y llamando a través de una suerte de *call center* para que las personas en fondo se puedan informar y mantener su aislamiento. Asimismo, coordinamos con la Policía de Investigaciones un equipo especial de fiscalización del covid-19 para el cumplimiento de las cuarentenas obligatorias de las personas contagiadas.

Se ha hecho un esfuerzo transversal, y prácticamente en el último mes hemos visto un aumento considerable de los casos, con una concentración muy alta en la provincia de Concepción; de los 2.400 casos activos, 1.866, prácticamente el 80 por ciento de los casos son de la provincia de Concepción y, al menos, 7 de cada 10 casos, son contactos por brotes familiares, que fue lo que justificó, en una primera ocasión, cuando se determinó el retroceso de fase 2 de varias comunas, particularmente tres comunas de la provincia de Concepción: Talcahuano, Hualpén y Concepción, que finalmente se fueron a fase 1, en virtud del desarrollo y la velocidad de la pandemia, y la cantidad de contagios que hemos tenido en los últimos 15 días.

Nuestra estrategia, en términos de la cuarentena, es básicamente una estrategia comunicacional para efectos de que la ciudadanía asuma un rol protagónico, pero también con un gran despliegue de fuerzas de orden y seguridad, de fiscalizadores de la seremi de Salud, de los equipos de las distintas seremías, y la invitación que hace que es quedarse en la casa. Es tan así, que el primer día que tuvimos de cuarentena, fase 2, el sábado anterior, la movilidad se vio afectada al menos en el 60 por ciento en las comunas que estuvieron en cuarentena. Eso fue muy evidente desde el punto de vista visual para todos quienes vivimos o vemos estas comunas del Gran Concepción.

Hemos invitado a los distintos actores de la región a ser parte de un trabajo conjunto. De hecho, tenemos una mesa que sesiona con cierta periodicidad con los parlamentarios de la región, varios de los que están presentes en esta comisión han participado de ella, y desde allí hemos abordado en conjunto los desafíos que nos significa esta pandemia para la Región del Biobío. Nosotros tenemos claro que estamos en un momento complejo y difícil; estamos con la mayor cantidad de casos activos que hemos tenido en la región, y estamos haciendo extraordinario porque queremos que esto disminuya, y para lo cual hemos hecho llamados y un despliegue para disminuir la cantidad de casos.

3.42.- Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región del Biobío, señor Héctor Muñoz Uribe:

En primer lugar, tiene razón el diputado Manuel Monsalve en cuanto a dos indicadores. Tenemos diez indicadores de trazabilidad, los que incluyen la búsqueda activa, la positividad en PCR -incluimos todo, porque, al final, es un trabajo que abarca varios factores-, los casos confirmados, el seguimiento a las personas después de que son notificadas y cuántas veces estamos llamando a los casos positivos. También hay indicadores del seguimiento a los contactos estrechos, pero hay dos que son muy relevantes: uno de ellos es cuánto nos demoramos desde que la persona se realiza el PCR hasta que ella es notificada, si el resultado sale positivo. Luego, se le notifica que es positivo y también el tiempo que nos demoramos en aislar a sus contactos estrechos. Eso es fundamental en la estrategia de testear, trazar y aislar. Es importante señalar que para eso hay que realizar una gran cantidad de PCR, y la estrategia de búsqueda activa es fundamental.

En la Región del Biobío, en marzo, hicimos una resolución sanitaria con la que les exigimos a todos los laboratorios de biología molecular tener el resultado del examen PCR. Fuimos la única región de Chile que así lo hizo. Sé que ahora todos están con los tiempos muy rápidos, pero exigimos a todos los laboratorios de biología molecular de la región. De los cuatro hospitales, el centro hospitalario que tenía la mayor cantidad de PCR era el Hospital Regional Guillermo Grant Benavente, que lo hizo al inicio. Allí detectamos el primer caso positivo de Chile, que fue de Talca. Así, todos los hospitales y los cuatros servicios de salud terminaron con su laboratorio de biología molecular para aumentar la capacidad de testeo. De hecho, somos la segunda región que más ha testeado sumando todo. No sé si la Región de Los Lagos nos alcanzó o no, pero hemos realizado una gran cantidad de test desde el inicio. Asimismo, hemos fiscalizado que los resultados estén en 24 horas, porque no tenía sentido hacer un test y tener un caso positivo esperando durante cuatro o cinco días. Los contactos estrechos no los aislábamos nunca, incluso podía terminar como un caso positivo. Eso lo hemos hecho desde el día uno.

A inicios del mes de agosto, tuvimos una demora en el Servicio de Salud Talcahuano, donde tuvimos rezagados bastantes exámenes PCR, pues se demoraron dos o tres días, lo que obviamente generó demorarnos más en aislar a las personas. Eso lo identificamos. Ya llegó otro termociclador. Los termocicladores sirven para realizar una mayor cantidad de exámenes PCR. De hecho, la Seremi de Salud tenía un termociclador para las muestras que analizamos cuando hacemos alguna investigación. Se la entregamos al Servicio de Salud Talcahuano para instalar ese laboratorio. También, el hospital regional hizo una autocotización del sistema para analizar el doble, al igual como lo hizo el Hospital de Los Ángeles, por lo tanto hemos aumentado bastante esa capacidad de testeo. Aparte de que si teníamos 3.000 exámenes, debíamos resolverlos en 24 horas. Eso fue algo que detectamos principalmente en el Servicio de Salud Talcahuano. Lo solucionamos en su momento, pero tuvimos una semana con ese problema.

Cuando hay una demora en un resultado PCR, nos demoramos en notificar al paciente positivo y en aislar a sus contactos estrechos. Después llegó otro termociclador. También hicimos las gestiones con la Universidad San Sebastián, institución que tiene capacidad para realizar PCR. Asimismo, el Hospital Guillermo Grant Benavente también podrá realizar el doble de exámenes PCR con este sistema automático respecto de los que hacía antes. Eso fue lo primero que empezamos a detectar. Como dijo el intendente, estuvimos trabajando durante cinco meses para no tener cuarentena en la región. Los parámetros han ido cambiando. De hecho, cuando tuvimos en consideración Hualpén y San Pedro de la Paz, que fueron las dos comunas en cuarentena, las tuvimos por poco tiempo, porque los casos bajaron. Teníamos nuestra estrategia muy fuertemente desplegada en cuanto al testeo y a la trazabilidad, la cual medimos en dos factores.

Vemos la trazabilidad a partir de dos factores: primero, hacía atrás. ¿Qué significa eso? Saber de dónde provienen los contagiados. Por ejemplo, si hay un caso positivo, hacemos una investigación epidemiológica bien exhaustiva a la persona. Cuando tenemos pocos casos, obviamente se hace uno a uno. Pero, tener 100 casos es distinto a los 2.400 casos activos de ahora, o a los 300 casos diarios. Incluso, el otro día tuvimos 335 casos y en cada uno hicimos una investigación hacia atrás para saber dónde se contagio. Si sabemos dónde se contagió, con nuestra investigación podremos saber cuáles son sus contactos estrechos, dónde aumentar las fiscalizaciones y qué es una transmisión comunitaria. Durante cuatro o cinco meses mantuvimos esa trazabilidad, porque no es la trazabilidad de que habla el diputado Monsalve respecto de las cifras hacia adelante, sino de la trazabilidad hacia atrás, es decir, de dónde o cuántos casos identificamos y dónde se contagiaron. Con esas cifras llegamos al 85 o al 86 por ciento para saber dónde se contagió la persona, o si era de Santiago o de otra provincia, o si era un contacto secundario o estrecho. Esa cifra siempre la mantuvimos bien. Sabemos que más o menos el 15 por ciento corresponde a transmisión sin nexo epidemiológico, o sea, que no sabemos dónde las personas aparecían positivas. Aparecían con síntomas en algunos centros de salud, por lo que su resultado PCR daba positivo.

La otra trazabilidad es para cuando detectamos un caso positivo y hacia adelante cuánto nos demoramos en notificar. Por ejemplo, cuando nos llega un resultado PCR, primero hay que tener la PCR cuando la persona se revalida en 24 horas. Estamos encima de eso y sé que nos ha costado. Durante los primeros cuatro o cinco meses, siempre estábamos con esa cifra en las 24 horas como máximo. Algunos se demoraron, pero no pasaban de las 48 horas. Ese fue un gran problema país respecto de los resultados PCR, puesto que teníamos una lista de exámenes esperando que se realizaran en todo Chile. En la Región del Biobío nunca tuvimos ese problema, porque en marzo hicimos esa resolución sanitaria y la fiscalizamos muy fuertemente en los laboratorios de biología molecular.

Después tuvimos un aumento de casos. En Talcahuano, cuando empieza la búsqueda activa, tuvimos que empezar a restringir, porque pasaron algunas situaciones. Por ejemplo, en algunos municipios había 3.000 exámenes PCR, por lo cual teníamos que priorizar a los contactos sospechosos, pero algunas municipalidades hacían muchos testeos en una población. Tratamos de regular eso para que no hicieran tantas búsquedas activas, porque no podíamos quedar esperando con una lista de exámenes. Eso ya lo regulamos, porque lo vimos en algunas en algunas comunas de la región. Tratamos de regularlo para que no se hicieran tantas búsquedas activas, sabiendo que es importante, pero también con nuestra capacidad y con una estrategia que había funcionando en la región. Al ser la tercera región con más habitantes, la estrategia estaba funcionando relativamente bien desde hace cinco meses. Obviamente, había fallecidos y todavía es una cifra que lamentamos. O sea, uno nunca quiere tener una cifra de fallecidos, pero todavía mantenemos baja la tasa de mortalidad. Después de que nos llega el resultado positivo, empezamos a hacer el indicador

de cuánto nos demoramos en trazar hacia adelante. Desde el 1 al 7 de agosto, cuando empezamos con los indicadores respecto de los casos positivos, tuvimos un 95,8 por ciento en menos de 48 horas; desde el 8 al 14 de agosto, un 96,7 por ciento; desde el 15 al 21 de agosto, un 88,9 por ciento, y desde el 22 al 28 de agosto, un 92,2 por ciento. Ese es el porcentaje de la región. En las provincias de Arauco y de Biobío los indicadores son mayores. De hecho, la última semana tuvimos un ciento por ciento en la provincia del Biobío. Bajó a 78,3 por ciento en la provincia de Biobío. Arauco, ciento por ciento en las últimas semanas. Con los contactos estrechos, llamamos el caso positivo, lo notificamos en menos de 48 horas. Después de eso, hay que hacer la investigación a sus contactos estrechos, y eso tiene que hacerse también en menos de 48 horas. Ahí tenemos indicadores que son bajos. ¿Qué nos pasó? Esto lo analizamos con nuestros equipos. Claro, el trabajo hay que subirlo, pero cómo lo subimos y qué tenemos que hacer. Después vamos a hablar del número de personas que estamos trazando. Pero aquí pasaron varios factores. Primero, empezaron a aumentar los casos. Puede haber sido porque si no controlábamos las 24 horas el examen, muchos contactos estrechos no se notificaban a tiempo, pueden ser asintomáticos o dieron positivo y siguieron transmitiendo la enfermedad. Esa es una de las cosas, pero principalmente en el servicio de Talcahuano vimos eso como un parámetro que pudo haber afectado en el aumento de los casos.

En la semana del 1 al 8 tuvimos 48,1 por ciento de notificaciones a los contactos estrechos, y la otra semana, 43,5 por ciento. Del 15 al 21, el 59,6 por ciento. Ya hicimos las mejoras ahí. Esta semana, del 22 al 28, tenemos 77,9 por ciento de los contactos estrechos aislados en menos de 48 horas. Hemos subido bastante esa cifra. Estamos aislando más de 80 por ciento de los contactos en 72 horas. Nuestras investigaciones epidemiológicas siempre han sido muy meticulosas y exhaustivas. Al tener más casos necesitamos más personas para hacer el mismo tipo de investigación epidemiológica de esos contactos estrechos, porque al tener más casos obviamente que nos vamos a demorar más. Al tener menos casos nos vamos a demorar menos. En el indicador 7, la provincia de Arauco ha tenido ciento por ciento en menos de 48 horas en todos sus contactos estrechos. La provincia del Biobío ha tenido 98 por ciento; 99,8 por ciento, 95 por ciento, 97,2 por ciento. Ha estado muy bien. En la provincia de Concepción, con el aumento de los casos, tuvimos menos del 40 por ciento. Les di los indicadores regionales. Esta semana llegamos al 75 por ciento.

Estamos en pleno traspaso de la trazabilidad. Lo hicimos en la provincia de Biobío y en la provincia de Arauco. El traspaso de la trazabilidad a los APS. Sabemos que es un trabajo que se hizo por etapas. Los recursos que se traspasaron fueron 471.367.154 pesos en julio Después de eso, los recursos de trazabilidad son mes a mes a los municipios, de acuerdo con la situación epidemiológica de la cantidad de casos que tenga cada comuna. Obviamente, en cada comuna debemos estar encima de ellos para ver cómo se gastaron los recursos. Tienen que hacer una rendición. Eso se demoró un poco porque en ese primer mes se debe entender que justo estábamos en ese traspaso de la trazabilidad. Tenemos 461.104.788 pesos en la segunda remesa, que

corresponde al mes de agosto. Ahora viene el traspaso al mes de septiembre. Ellos nos tienen que entregar y nosotros tenemos que estar encima.

Hicimos muchas reuniones. Casi todas las semanas, todos los días, para la entrega y para capacitaciones a funcionarios, a las Direcciones de Administración de Salud (DAS), a los servicios de salud, porque la trazabilidad la estaba haciendo solo la Seremi de Salud. Desde julio y agosto se empezó a entregar a los servicios de salud, y principalmente a los APS. Tenemos más de 400 trazadores que se agregan. Hablamos de 50 por cada cien mil habitantes; son poco más de 800 personas. Son 150 trazadores de la Seremi de Salud de las tres provincias, aproximadamente.

Detectamos otro problema. ¿Qué hacíamos nosotros? Nuestros trazadores notificaban a todos los contactos positivos, por eso era tan rápido ese resultado, de cerca de 96 o 97 por ciento, pero entregaban los contactos estrechos al *call center* que teníamos en otro lugar. Los trazadores estaban en la Seremi y en un colegio teníamos a un grupo de *call center* de trazadores. Ahora cambiamos eso, cada trazador tiene que llamar al positivo y a todos sus contactos estrechos y no que un grupo haga los contactos positivos y otro los contactos estrechos. Lo habíamos visto mejor y cambiamos esa estrategia. Cada persona, aunque sean dos o tres contactos, que haga todo el estudio epidemiológico de cada caso positivo.

Sobre Fonasa e Isapre, nos distribuimos el trabajo con los municipios. Acá no hay distinción entre Fonasa e Isapre. Más que nada, APS tiene que hacer el seguimiento. Obviamente, a veces se demora más de 48 horas para ese contacto estrecho. Esas son las cosas que hemos ido detectando, pero aquí se juntaron tres factores que hicieron que nos demoráramos en los contactos estrechos. En vez de 48 horas, lo hacíamos en 72 horas. Es importante decir que a todos los contactamos y a todos los aislamos.

La cifra, si ven el reporte diario, en la última hoja sale la cantidad de personas aisladas en residencias sanitarias. La Región del Biobío es la segunda región, desde hace más de un mes, que tiene la mayor cantidad de personas en residencias sanitarias por lejos. Hoy día fueron 667 personas. Estamos buscando tres residencias más. Es un tema complejo el de las residencias, porque es un trabajo que estaba en los servicios de salud y que también fue traspasado a la Seremi de Salud desde julio. Nosotros ahora estamos a cargo de las residencias sanitarias. Tenemos 15 residencias sanitarias en la región, cerca de 300 funcionarios nuevos en esa labor.

Aparte de los 2.400 casos que arrojó el informe epidemiológico de hoy, que se hace día a día, existen 606 casos probables, que también son casos positivos. Esa cifra está en la hoja Nº 5 del reporte diario. Los casos probables se refieren a personas que son contacto estrecho con una persona contagiada y que empiezan a tener síntomas. Según la definición de casos de la resolución, a esos contactos no es necesario hacerles un PCR, sino que también pueden llegar a ser

casos probables, incluso sin PCR. La búsqueda activa es para mantener la capacidad de PCR. A ellos los tratamos igual que a los casos positivos, les hacemos seguimiento, y hacemos lo mismo respecto de sus contactos estrechos. Entonces, si sumamos los 2.400 casos de contagiados más los 606 casos probables, serían más de 3.000 casos positivos, porque para nosotros los casos probables también son positivos. Es lo mismo, se llaman casos probables, pero son contactos positivos. A ellos les hacemos toda la investigación epidemiológica.

Nos preguntaron acerca del proyecto Mapa. Como ya tenemos las preguntas, prepararemos un oficio de respuesta y les enviaremos toda la información al respecto. No podemos responder ahora, porque no tenemos esos datos acá. Se trata de no caer en imprecisiones. Puedo decir que hemos hecho 140 fiscalizaciones al proyecto Mapa, 40 sumarios sanitarios y hemos prohibido su funcionamiento 25 veces. Para nosotros, la fabricación de celulosa es una actividad esencial. Así está calificado en el instructivo de emplazamiento, pero la construcción del proyecto Mapa no es una actividad calificada de esencial. Así lo definimos e hicimos un acta de fiscalización el fin de semana pasado. Al no ser una actividad esencial, las personas que vivan en cualquiera las siete comunas que van a continuar en cuarentena no podrán trabajar en el proyecto; es decir, no podrán desplazarse hacia el lugar de las faenas. Sé que la empresa estimaba que el proyecto desarrollaba una actividad esencial, pero la Seremi de Salud lo calificó en contrario. Por lo tanto, se mantiene la postura de dicha Secretaría, la construcción del proyecto no es una actividad esencial. Obviamente, si la comuna de Arauco pasara a otra fase se podría recalificar la situación. Tengo la cifra de los brotes, tengo el detalle. Como bien lo dijo el diputado Monsalve, en la provincia de Arauco, un tercio de los casos activos o acumulados provienen del proyecto Mapa, más otros casos que hay en la provincia de Concepción. Sin embargo, para no caer en imprecisiones, prefiero hacer llegar esos datos a la comisión. Tengo información de las fiscalizaciones y creo que es un tercio de casos activos y acumulados que han afectado a la provincia de Arauco en general, principalmente a la comuna de Arauco. Por eso, tomamos la decisión de que las personas que vivan en comunas en cuarentena no deben concurrir a trabajar en ese proyecto, porque obviamente eso afectaría más la situación.

3.43.- Presidenta del Colegio Médico de Chile, doctora Izkia Siches Pastén:

V E R P R E S E N T A C I Ó N

Les voy a contar algo de lo que ha sido nuestro trabajo en el desarrollo de esta pandemia, tanto dentro de la mesa social como también el trabajo que hemos podido montar con las sociedades científicas y las distintas actividades que hemos realizado en su correlato temporal y algunas evaluaciones que hacemos del desarrollo de la pandemia. En primer lugar, como Colegio Médico de Chile comprendíamos que enfrentábamos esta pandemia en un momento muy distinto al de los otros países, lo cual aumentaba su complejidad. Enfrentábamos una

pandemia post estallido social con una débil credibilidad por parte de las autoridades e instituciones. Con este estallido social muchas movilizaciones que estaban organizadas para marzo de este año, con una suerte de desobediencia civil y rebelión a las distintas autoridades e instituciones, con un sistema sanitario que también hemos señalado en muchas oportunidades, como Colegio Médico, consideramos que sufre una fragmentación y arrastra algunos problemas estructurales, como desfinanciamiento, falencias de camas críticas y distintos problemas, como también de su organización y gobernanza. Hemos vivido también en el desarrollo y en el manejo de la misma pandemia el tremendo impacto que ha tenido el funcionamiento de un Ministerio de Salud con estas dos subsecretarías, de Redes Asistenciales y de Salud Pública, como también la fragilidad de la columna vertebral de las seremis a lo largo y ancho de todo el país.

Muchas de las personas que participan dentro de los ministerios van cambiando de gobierno en gobierno y, lamentablemente, gran parte del equipo que había liderado la última pandemia que enfrentamos, que es la pandemia H1N1, ya no participaba dentro de los equipos sanitarios. Creemos que esto debería ser un elemento de reflexión para considerar que el Estado debe enfrentar estos desafíos con lo mejor de lo nuestro. Ello incluye que todas aquellas personas que han adquirido gran relevancia y desarrollo en la pandemia, ojalá, se mantengan en los gobiernos sucesivos. Desarrollemos cargos técnicos con gran *expertise* que puedan sobrepasar los gobiernos de turno. Nosotros, al iniciar la pandemia, conformamos un equipo de expertos, que nos ayudó a hacer las distintas recomendaciones a lo largo de su desarrollo. Nuestro Departamento de Políticas de Salud y Estudios, liderado por los doctores Roberto Estay, Cristóbal Cuadrado y la doctora Francisca Crispi, acompañados de un equipo de epidemiólogos, salubristas, infectólogos, evidenciólogos y modeladores matemáticos, nos permitió ir presentando las distintas propuestas.

Conformamos bien precozmente una mesa técnica con las sociedades científicas que participan más directamente del desarrollo de la pandemia; las reuniones con nuestros consejos regionales nos daban la percepción de lo que estaba ocurriendo a lo largo de todo el país; también, oros departamentos nos permitían visualizar otros problemas, como determinantes de género y derechos humanos en torno a las personas privadas de libertad, ética, como los distintos conflictos que hemos tenido que enfrentar como comunidad. Desde nuestra institución, desde el primer momento, planteamos que debía tener cuatro pilares el manejo de esta pandemia: en primer lugar, la protección de la vida; en segundo lugar, las estrategias colaborativas para poder sumar a todos a este trabajo; en tercer lugar, la transparencia; en cuarto lugar, tomar políticas públicas basadas en evidencia. En materia de transparencia, también fue un punto que recalcamos mucho al Presidente de la República.

Parte esta pandemia en el mundo, se alertan a las aduanas y a las inmigraciones en nuestro país, para poder tener algún cuestionario voluntario desde enero de este año. Con posterioridad, en febrero, ya se define la alerta sanitaria propiamente tal. En esta fecha tuvimos la oportunidad de reunirnos con el

ministro de Salud de la época, el doctor Jaime Mañalich, en la OPS con una serie de expertos de distintos grupos de salubristas del país. Hicimos hincapié en, ojalá, poder contar con un consejo asesor que le diera confianza a las distintas sensibilidades del país y tener un trabajo colaborativo dimensionando lo que íbamos a enfrentar. Se confirma el primer caso en Chile, por ahí por el 3 de marzo, se inician más fuertemente los controles fronterizos y empezamos a plantear algunas alertas en esa línea. Ustedes saben que lamentablemente ingresaron más de 507 casos importados a nuestro país. Muchos de nuestros médicos y médicas que habían viajado en esa época, como también distintas personas de la sociedad civil, hacían denuncias en torno a que los protocolos fronterizos no se estaban cumpliendo en ese momento. Eso lo señalamos a la Policía de Investigaciones que estaba a cargo de parte de esto junto con las personas del Servicio Nacional de Aduanas, pero a pesar de ello creo que hubo mucha latencia en la incorporación hasta que se cerraran las fronteras. Inicialmente no se incorporaron países con la velocidad que se debían incorporar, a pesar de que ellos tenían transmisión comunitaria. Creo que ahí hubo un error que a futuro deberíamos resolver.

Muchas de aquellas personas, algunas que de hecho tenían síntomas, obviamente tuvimos problemas para la toma de las PCR en el mismo momento. También, hubo problemas con la cadena de aislamiento. Muchas de esas personas sintomáticas, que posteriormente se confirmaron, viajaron en bus a lo largo y ancho de nuestro país, lo cual es algo que evidentemente era un error.

El 11 de marzo, se conforma el Consejo Asesor Covid-19, un equipo transversal que merece toda la valoración de nuestro Colegio. Nosotros creemos que hay una serie de expertos de distintas disciplinas -infectólogos, salubristas, epidemiólogos-, que permiten hacer muchas recomendaciones. En general, como Colegio Médico siempre hemos estado bien de acuerdo con las recomendaciones que ha planteado el Consejo Asesor Covid-19. Lo lamentable es que hemos tenido una latencia o, a veces, una negativa implementación de las medidas sugeridas por el equipo del gobierno.

El 16 de marzo, el Presidente de la República nos invitó, en eso también me acompañó el diputado Juan Luis Castro, a poder tener una reunión y conversar sobre pandemia. Nosotros llevamos ese día una propuesta muy distinta quizá de lo que el Presidente tenía en mente, pero le planteamos desde ya los tremendos desafíos que existían, como la falta de confianza, la dificultad de conducir la pandemia, la falta de credibilidad de las autoridades, sumado con lo difícil que iba a ser tener buenos resultados, ya que lo más probable es que iban a fallecer muchas personas, que íbamos a tener contratiempos en definir la mejor estrategia para el país, y que era mejor tener un equipo coordinador, lo más transversal posible, obviamente desde el mundo técnico, que nos permitiera resolver dos ámbitos.

Primero, el ámbito de la contención de la pandemia, con base en una estrategia comunicacional de riesgo efectiva, los testeos, la cuarentena y el

aislamiento, como también obviamente la trazabilidad y la mitigación de las medidas más complejas como los confinamientos y las cuarentenas poblacionales más extendidas, además de la gestión e implementación de estas medidas.

Segundo, toda la respuesta asistencial, que incluye recursos humanos, camas clínicas, los propios ventiladores que mencionaban recién, la producción de insumos tecnológicos, como también hacernos cargo del subsidio de incapacidad, que ha sido algo que nos ha penado a lo largo de toda la pandemia. Esa propuesta nunca fue implementada por parte del gobierno. Hoy, mirando hacia atrás, creo que seríamos mucho más enfáticos de volver a recomendarle al Presidente de la República una estrategia más transversal, y que esta pandemia no se volviera una pugna entre el manejo del gobierno, los aciertos y errores.

En esa reunión, el Presidente de la República y el ministro Mañalich aseguraron que el examen PCR iba a ser gratuito, cosa que jamás se implementó y hasta la fecha no se ha implementado. Con posterioridad, con las medidas que se estuvieron haciendo, se implementó la Mesa Social Covid-19, de la cual nosotros somos parte. Ustedes sabrán que hemos tenido dos cambios de ministro, tanto el exministro de Salud, Mañalich, como el exministro de Interior y Seguridad Pública, Gonzalo Blumel. Estos que están en azul son los participantes actuales. Una Mesa con un funcionamiento que se ha mantenido en el tiempo, liderada por el ministro del Interior y Seguridad Pública. Lamentablemente, no ha tenido la participación de todos sus miembros ni la velocidad que hubiéramos esperado, como tampoco la participación o la comunicación de etapas clave, como el lanzamiento del plan del gobierno de “nueva normalidad”; con posterioridad, el conocimiento del Plan Paso a Paso; y más recientemente el nuevo Plan Fondéate en tu Casa, que se había comprometido el ministro Enrique Paris a presentarlo antes de su difusión a la opinión pública; sin embargo, eso no ocurrió. Nosotros, en cada una de esas mesas sociales que parten el 22 de marzo, desarrollamos una minuta. Hicimos un informe de alrededor de treinta y cinco páginas, que les hará llegar el Secretario de la Comisión, en donde vamos planteando sesión a sesión los problemas que se estaban viviendo en la temporalidad de la pandemia de esos instantes.

En marzo ya planteábamos las tremendas dificultades para poder entregar las licencias médicas, una parte fundamental para hacer un efectivo reposo y cumplir con las cuarentenas y el aislamiento. Nos costó mucho que se liberalizara la entrega de las licencias y hasta la actualidad tenemos complejidades por las limitaciones, ya sean cuatro días en los casos sospechosos, algo que no tenía ningún sentido, porque en esa época nos estábamos demorando entre siete a diez días en entregar el resultado de la PCR a los casos sospechosos, como también en la actualidad, todos los casos confirmados tienen una extensión máxima de licencia de catorce días, independiente de que esos pacientes estén entubados en la UCI o estén asintomáticos ambulatorios, lo cual nos parece parte de las limitaciones inentendibles que nos han acompañado en este proceso. Muy precozmente planteábamos quizá uno de los pilares más frágiles del gobierno era la comunicación de riesgo. Esta no es una estrategia de *marketing*, sino una

estrategia profesional que se debe desarrollar mirando sociológicamente cómo se crean los mensajes para lograr la adherencia y la incorporación de la ciudadanía a medidas muy complejas que deben ser incorporadas al funcionamiento de la sociedad. En esto estamos en deuda, pero entiendo que la subsecretaria Paula Daza está trabajando más activamente en conformar un equipo de comunicación de riesgo más efectivo.

Teníamos muy precozmente falencias en elementos de protección personal. Creamos un monitoreo de la misma, con una encuesta transversal a los distintos equipos de salud en atención primaria y hospitalaria, lo cual fuimos publicando, pero debo admitir que a la fecha se han solucionado las materias de elementos de protección personal. No obstante, aumentaron los costos en salud y nos seguirá acompañando por mucho tiempo más la utilización de pecheras, guantes, mascarillas y otros. Inicialmente tuvimos mucha preocupación por la organización de la vacunación de influenza, dado que inicialmente tuvo problemas, pero con posterioridad se pudo implementar de mejor manera, con un tremendo trabajo por parte de las alcaldías. Muy precozmente planteamos que era necesario incorporar que esta estrategia viniera desde el territorio, lo cual consideraba sumar a la Atención Primaria de Salud (APS). Lamentablemente, bajo todo el mandato del entonces ministro Jaime Mañalich fue imposible avanzar en esa línea hasta muy avanzado el término de su gestión. Tuvimos muchas dificultades para contar con actas de la Mesa Social. Todas estas informaciones y el documento extenso deberían haber estado registrados por parte del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, pero hubo una negativa inentendible de que pudiésemos contar con algún documento o registro de reuniones, que, a nuestro juicio, eran relevantes para el gobierno y la ciudadanía.

Al inicio tuvimos muchas limitantes –y así lo denunció la Sociedad Chilena de Infectología- en los insumos necesarios para ampliar la capacidad de test PCR. Eso fue desmentido por el Ministerio de Salud, lo cual es absolutamente falso. Como trabajo en un hospital público, sé que los insumos que llegaron eran tórulas rígidas. No sé si alguno de ustedes se ha hecho un test PCR, pero imagínense meterse un “cotonito”, que generalmente usamos para limpiarnos los oídos, por la fosa nasal hasta el fondo de la nasofaringe. Obviamente, no solo es molesto, sino también riesgoso y no está recomendado. Es así como se recomendó utilizar esas tórulas para muestras orales. Se compró más de un millón de esas tórulas, que claramente no cumplían con las especificaciones requeridas.

Asimismo, tuvimos muchos problemas con los test rápidos, y lo planteamos desde marzo. Ha pasado mucho tiempo de esto. Algunas pymes e iniciativas privadas de manera inescrupulosa han vendido esos test, que requieren una interpretación por un médico que tenga los conocimientos para implementarlos. Asimismo, han sido utilizados por parte de las mineras y por otras fuentes laborales, las cuales han confundido a sus trabajadores y les han dado un resultado negativo de una prueba que no es para detección, sino complementaria diagnóstica. Tomar un test rápido de anticuerpos negativos no sirve absolutamente para nada.

En materia de testeo, trazabilidad y aislamiento, desde marzo planteamos la relevancia de avanzar en este punto. A pesar de que eso ha mejorado mucho, todavía tenemos muchas deudas como país en cuanto a ir aumentando la cantidad de trazadores y mejorando los indicadores y la construcción de los mismos.

En relación con el recurso humano, mantenemos problemas muy sentidos por los trabajadores no solo en materia de permisos y de la extensión o postergación de las vacaciones de aquellos que no deseen tomárselas hasta la época, sino también de deudas, como, por ejemplo, la reciente suspensión de funcionarios a honorarios en las distintas urgencias del país, por la suspensión de algunas glosas por parte del Ministerio de Salud, lo que está haciendo incapaz de mantener las urgencias respiratorias separadas de las urgencias generales; sin embargo, esta ha sido una muy buena estrategia. Espero que cuando ustedes inviten al ministro de Salud a una próxima sesión también puedan preguntarle qué va a pasar con los funcionarios a honorarios pagados en pandemia, porque hoy los hospitales no pueden hacerse cargo financieramente de ese esfuerzo.

En abril, a pesar de que estábamos trabajando en la Mesa Social, tuvimos serios problemas en materia de transparencia. Así lo hicimos saber, pero, lamentablemente, no teníamos cifras, ni indicadores de trazabilidad ni muy claro cómo se estaban contando los casos positivos y los fallecidos. Esto fue un largo peregrinar hasta que con la Contraloría General de la República pudimos destrabar algunos de esos indicadores.

Tuvimos muchos problemas con personas privadas de libertad. Dado que en esta comisión participan parlamentarios de las zonas afectadas, puedo señalar que tanto en las ciudades de Valdivia y La Serena, como en la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins Gendarmería trasladó a personas privadas de libertad sin hacerles ningún test, fuera de todo protocolo que en ese momento se estuviera trabajando con el Colegio Médico. Con posterioridad, con los testeos se comprobó que más de ochenta personas, de las cien privadas de libertad trasladadas, eran positivas a PCR. Obviamente, era un riesgo inminente hacer alusión más directa y dar protección a los mismos, considerando que se trata de una de las poblaciones más vulnerables, como lo han connotado todas las organizaciones internacionales. Además, manteníamos problemas en elementos de protección personal, testeo, trazabilidad, aislamiento y comunicación de riesgo, por lo cual solicitamos avanzar en esa línea, como también en materia de personas privadas de libertad.

El 15 de abril se deja de reportar la trazabilidad en los informes epidemiológicos del Ministerio de Salud, lo cual llamó mucho la atención del Colegio Médico. Más o menos a mediados de abril, de manera absolutamente inconsulta con la Mesa Social, se lanza la estrategia de gobierno sobre "nueva normalidad" y "retorno seguro", con una comunicación muy errática hacia la ciudadanía, señalando, por ejemplo, que las personas podían salir a tomarse un

café o reunirse, lo cual lamentamos mucho. Creemos que debieron haber existido otras consideraciones antes de entregar mensajes tan desorientadores a las personas. En ese sentido, junto con la Universidad de Chile ya veníamos montando una estrategia para la elaboración de una encuesta en torno a la movilidad, en la que se reportó una parte del aumento de la misma posteriormente a los señalados mensajes erráticos. Obviamente, no podemos establecer una causalidad directa, pero nos parece que había una atención muy importante en el país de cumplir esas medidas. De hecho, a las primeras señales de relajo, era muy normal y humano que empezaran a aumentar los grados de movilidad, como también suele ocurrir –y así está reportado- con la menor adherencia a las medidas más restrictivas con el paso del tiempo.

En relación con el cierre de escuelas, a nuestro juicio, esa decisión se tomó muy precozmente y fue muy acertada. También fue analizado por el Ministerio de Salud como un grave error, porque se tenían programadas las vacunas. En ese sentido, como hoy existe una mayor evidencia, nos pareció muy acertado que se haya tomado esa definición precozmente, además de la ocurrencia de menor circulación de otros virus respiratorios, como también respecto de los distintos síndromes inflamatorios que posteriormente pudimos ir evidenciando en los niños y las niñas.

Desde abril ya planteábamos la relevancia de fortalecer medidas sociales, considerando que muchas de ellas estaban impactando a las familias, las cuales debían salir de sus casas no solo por desobediencia a la autoridad, sino porque un número importante de nuestros compatriotas se gana la vida y compra los alimentos de su hogar día a día, por lo que se requería un impacto mucho más potente. Si eventualmente ustedes invitan a la economista que nos ayudó en la propuesta del Colegio Médico, podrán advertir que tiene un análisis muy interesante sobre la temporalidad de las medidas sociales, que fue el motivo por el que acudimos a este grupo de economistas.

En mayo ya contábamos con más de 1.000 fallecidos. Con el aumento de los casos parte una estrategia que no compartimos y que el consejo asesor ha dejado claro en sus minutas, como son las cuarentenas dinámicas. En esa línea, muy precozmente en marzo planteamos al país la relevancia de fortalecer la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento e, idealmente, disminuir la circulación de virus con una cuarentena en la Región Metropolitana y la implementación de cordones sanitarios hasta montar este sistema, que hasta la fecha no hemos terminado de montar, para tener menor movilidad y que estas cuarentenas no fueran tan extensas en el tiempo. A nuestro juicio, el confinamiento no puede prolongarse más allá de las conurbaciones porque en caso contrario pasa lo que ocurrió en nuestra región con una rápida difusión y una pérdida de vista del virus, lo provoca que ocurra lo que nos pasó como país, esto es, sufrir un confinamiento muy prolongado en el tiempo. Falta de medidas sociales y una comunicación de riesgo absolutamente confusa, muy bélica, basada en las guerras, en luchar con este virus, lo cual no era recomendado por

las distintas organizaciones internacionales. La falta absoluta de transparencia en los datos se mantuvo como una dinámica por parte del Ministerio de Salud.

Falta de estrategia y de capacidad para testeo, trazabilidad y aislamiento. En esa fecha ya planteábamos la relevancia de poder disolver esta dicotomía entre economía y salud. Era necesario establecer que esta pandemia iba a plantear el pacto sanitario, social y económico, y como médicos y médicas nos preocupaban todos. Entendíamos que en la pobreza del futuro, dado el gran impacto económico, también íbanos a tener peores resultados sanitarios. En esa línea ya conocíamos algunas de las evidencias internacionales, en este caso estaba *preprints* desde el 26 de marzo, donde se hacía referencia a que en otras pandemias las medidas debían ser muy agresivas en materia de salud pública, porque entre más precoz fuera la recuperación de la economía, la pandemia tendría menores costos en vidas y en la economía, y se podría retornar a una mejor estabilidad económica. Creo que ahí nos faltó potencia para convencer a los sectores productivos de que el control de la pandemia debía estar en su horizonte, y eso es algo que hoy se ve con más claridad. Por lo mismo, convocamos a un grupo transversal y paritario de economistas para impulsar más activamente las medidas que estaba entregando el Estado. En esa línea, sabemos que los parlamentarios también han impulsado distintas iniciativas, justamente en la línea de agilizar la lenta respuesta que quizás no era acorde con lo que necesitaban los ciudadanos y ciudadanas de nuestro país.

En junio teníamos una nueva definición de caso, después de mucho tiempo, algo que estábamos solicitando desde marzo y abril, y que por fin pudimos contar con ella, pero se mantenían los problemas para licencias médicas, con todas las limitaciones que les conté, de los días y de la disponibilidad, lo que impedía cumplir con el aislamiento y la cuarentena. Tuvimos muchas solicitudes en materia de transparencia. De hecho, era tal el nivel de poca participación que tenía la cartera de Salud en la Mesa Social que en conjunto con las sociedades científicas le escribimos una carta al Presidente de la República para solicitar una Mesa Sanitaria. Necesitábamos alguna instancia para poder dialogar con la autoridad, ya fuera con el Presidente de la República o con el ministro de Salud, para plantear que teníamos problemas con la implementación de los planes trazados por el Gobierno, pero no existió mucha voluntad de escuchar. Se mantenían problemas en testeo, trazabilidad y aislamiento, por lo que presentamos una propuesta en esa época para crear planes de confinamiento y desconfinamiento, mirando lo que venía de la experiencia internacional y que iba en la línea del plan Paso a Paso.

El 13 de junio se produjo el cambio de ministro de Salud. Con la ausencia de la atención primaria en la estrategia de trazabilidad y aislamiento planteamos en un documento elaborado por una serie de expertos la necesidad de incorporar a la atención primaria, lo cual con posterioridad fue incorporado. Llega la Contraloría al Ministerio de Salud reportando más de 2.200 fallecidos que no habían sido contabilizados y los más de 34.000 casos que no estaban notificados en el Epivigila ni figuraban en los reportes. Obviamente, cada uno de estos

números podría haber incidido en el resultado o en las medidas más precoces por parte de la autoridad, y es una de las cosas que se deben corregir a futuro.

Se recomienda fortalecer la estrategia de testeo con un mayor número de trazadores. Hemos planteado que la cifra debe ser de 30 a 50 trazadores por cada 100.000 habitantes, y el Consejo Asesor lo mismo, y en esa línea aún tenemos un gran desafío. En julio ya contábamos con más de 5.000 fallecidos; empezamos a tener algunos problemas con las hospitalizaciones en la atención primaria; también generamos un documento en esa línea. Nos reunimos con la Superintendencia de Salud por el cese de pagos en el caso de algunas licencias, particularmente en el sector Isapre, y también por el abandono de sus beneficiarios en un momento tan complejo. En particular, yo, que trabajo con personas que viven con VIH, puedo decir que muchas de esas personas que deberían haber estado confinadas en sus casas, recibiendo su terapia por lo menos por tres meses, fueron abandonados por sus Isapres por lo que tenían que incorporarse al sector público, con todos los trámites que eso requiere, para volver a ser beneficiarios de su terapia antirretroviral.

Planteamos soluciones como la congelación de los beneficiarios en una reunión que fue bastante estéril pues ninguna de esas medidas ha sido adoptada. A la fecha, por lo menos en el Colegio Médico, no hemos visto ninguna proactividad de parte de la Superintendencia de Salud para incorporar, a lo menos financieramente, a las Isapres a este desafío de la pandemia. Planteamos los problemas que existían materia de licencias y trazabilidad; se publicó un documento, que valoramos, en torno a contar con la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento. Lamentablemente, fue en julio, y es algo que deberíamos haber tenido en marzo. Todavía no contábamos con los trazadores requeridos.

En julio nos incorporamos al Concejo Mujer Covid-19. Había sido muy invisibilizado el tremendo impacto que sufrían las mujeres en violencia de género, desempleo y muchos ámbitos más.

El 28 de julio cambia el ministro del Interior, cómo ustedes saben. Más recientemente, conocimos el plan Paso a Paso en materia de desconfinamiento, lo cual creemos que va en línea correcta, pero hay que incorporar algunas métricas que han sido señaladas por el Consejo Asesor, y el aumento en testeos y los desafíos en trazabilidad, aislamiento e indicadores que se mantienen hasta la fecha. Generamos un documento propuesta en materia de reactivación, porque como sabrán los diputados y diputadas, la ola que impactará no es solo por la covid-19, sino por la cantidad de procedimientos, diagnósticos y atenciones de salud que se han visto retrasadas; es una ola de magnitud impresionante. Hemos hecho algunas cuantificaciones de todas las personas que han visto retrasadas sus atenciones. En esto hay diagnósticos oncológicos y pruebas de Papanicolaou que no se han hecho en toda esta fase y que son procesos que avanzan rápidamente en el desarrollo de su neoplasia de cáncer cérvico-uterino. A nuestro juicio, eso puede tener un costo mayor en materia presupuestaria y alcanzar hasta

un punto del PIB. Hemos solicitado una reunión con el ministro de Hacienda para plantear que en este tremendo desafío, como Estado, no solo nos tenemos que preocupar de las personas infectadas por covid-19, sino también de todos aquellos que han sido postergados.

Muy inicialmente, en la Mesa Social Covid-19, recibimos al ministro de Educación y a la defensora de la Niñez, y el Gobierno se comprometió a avanzar en una mesa de educación conformada por el Mineduc, el Minsal, el Colegio de Profesores, la Sociedad Chilena de Pediatría, alcaldes, transportistas, nuestra comisión de infancia y la defensora de la Niñez. Esa mesa jamás se materializó, y cómo ustedes saben, como no contamos con actas no hemos podido materializar una instancia. Hoy, cuando esto se ha complejizado tanto, todos miramos los países europeos y vemos la cantidad de brotes existentes dentro del ambiente escolar y la preocupación de los padres y apoderados, creemos que es sumamente necesario conformar ese espacio para facilitar, por lo menos, pensando en marzo del próximo año, porque va a llegar marzo y nos va a ocurrir lo mismo que ahora, que las distintas partes no han podido ponerse de acuerdo en las necesidades para el retorno a clases, a lo que debemos que los sostenedores no han tenido ni las condiciones ni los recursos para materializar medias que, según las propias recomendaciones del Consejo Asesor, son bien complejas de implementar, sobre todo, para los niños, niñas y adolescentes.

Otro punto que nos parece de suma relevancia es el de las recomendaciones que el Consejo Asesor ha dejado en sus minutas, que también son públicas, y que no han sido implementadas. En primer lugar, muy precozmente se señaló que el Ministerio de Salud estaba muy enfocado en los ventiladores y nada en la orientación de la respuesta de testeo, trazabilidad y aislamiento. Quizá era una estrategia comunicacional, pero ustedes vieron que solo con la llegada del ministro Paris se pudo dar respuesta al plan nacional de trazabilidad, que es el corazón de una respuesta sanitaria en pandemia. Creemos que ahí hubo una mala decisión por parte de la autoridad de salud.

También, muy precozmente se planteó que los aislamientos no estaban siendo efectivos, y el Consejo Asesor señaló la necesidad de institucionalizar e idealmente hospitalizar cada uno de los casos activos. Como Colegio Médico planteamos que esto pudiera ser en las residencias sanitarias, pero la burocracia y las limitaciones complejizaron su realización, pero ya se ha ido resolviendo. Además, se presentaron varios problemas en materia de recuentos de casos y contactos, en torno a las definiciones de casos, con mucho retraso, lo cual es sumamente estratégico, porque aumenta la definición y la sensibilidad de poder reclutar cada uno de esos casos. Se demoraron mucho tiempo en aumentar estas definiciones, lo que, a nuestro juicio, impactó en perder de vista la pandemia; además de los indicadores de trazabilidad, los cuales, hasta la fecha, después de todos los meses que llevamos de pandemia, todavía no tenemos la claridad de la construcción de estos indicadores, que son la forma de saber si estamos logrando controlar y detectar cada uno de los casos, particularmente la cantidad de nuevos casos que vienen de contactos estrechos. Cuando esto no es así, evidentemente,

volvemos a perder de vista la pandemia y los brotes pueden ser mucho mayores de lo que esperábamos.

Respecto del cumplimiento de la entrega de licencias médicas, el Consejo Asesor, al igual que el Colegio Médico, reiteró, de forma sucesiva, limitaciones inentendibles para quienes ejecutamos esa acción de salud por parte de la autoridad sanitaria, más que cuidar los recursos, pero que tiene un costo mucho más alto en vidas y en cantidad de contagiados por no permitir el aislamiento y la cuarentena de esas personas. Respecto de la incorporación de la atención primaria, hubo una negativa explícita, al parecer, o bien evidente, que solo se pudo corregir con el cambio del Ministerio de Salud.

Las cuarentenas dinámicas es algo que debe ser analizado, porque, inicialmente, en el período de aumento de los casos, con la cantidad de casos circulantes, no parecía la mejor medida, como tampoco parte del levantamiento parcial. Los cambios de métrica del plan Paso a Paso todavía no se implementan, como tampoco se implementó la construcción colaborativa, que había sido un compromiso por parte del Ministerio de Salud.

En materia de fortalezas y debilidades, las fortalezas ya las han visto en otras presentaciones, la cantidad de camas criticas; pero hay que reconocer que un número no menor de personas estuvo fuera de las unidades de cuidados críticos, lo que no es ideal en el manejo de un paciente con tan alto riesgo, pero sí un tremendo esfuerzo por parte del sector público, aumentando casi en 500 por ciento su capacidad de camas críticas a lo largo de todo el país, que es algo que hay que destacar.

Otra fortaleza es la gran capacidad diagnóstica que se logró montar. Inicialmente teníamos muchos problemas para poder hacer los testeos de PCR y gracias al Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación y a la red de universidades se logró montar un sistema mucho más optimizado que hoy está funcionando. La idea era mantenernos sobre los 20.000 testeos y ustedes pueden ver que en este último mes nos hemos podido mantener, la gran mayoría del tiempo, sobre ese número. El gran problema es que hoy corre un relevante riesgo, particularmente, porque estas redes de universidades empiezan a activar su funcionamiento normal y no se ha dado respuesta a la forma de mantener esa capacidad de testeo.

En materias de debilidades tenemos una evaluación, que no es tan positiva, sobre todo, en el manejo de la frontera. En materia de transparencia de datos, hay una deuda muy importante. Nuestro país debería haber tenido una política abierta de datos, sobre todo, considerando los grandes niveles de desconfianza que existen en el país. Hay muchos otros países que tomaron definiciones como esa y, a nuestro juicio, nos equivocamos en postergar la claridad y la trasparecía para que, además, fuera conocida por toda la opinión y toda la comunidad científica, de manera de incorporar toda la sabiduría que

acumula nuestro país, muy enfocado en el área asistencial y no en el área más relevante, que era testeo, trazabilidad y aislamiento.

La poca participación efectiva es evidente. Las sociedades científicas se han quejado mucho, particularmente en urgencias, de la poca participación, siendo todos espacios clave. Creo que uno de los puntos es cambiar un espacio, por lo menos, de escucha activa, mucho más real y efectiva, y ojalá aprovechar un poco más instancias como la mesa social.

En materia de testeo, trazabilidad y aislamiento la atención primaria se incorpora tarde, todavía no contamos con todos los trazadores que necesitamos como país. Los indicadores de las regiones Metropolitana y de Magallanes son sumamente preocupantes en torno a esto, y también poca precisión, porque gran parte de esos indicadores son por autorreporte de las propias seremías.

El Consejo Asesor y el Colegio Médico han planteado, en forma muy reiterada, mucho centralismo. Acá se necesitaba mayor protagonismo de las autoridades regionales y locales, y ahí creo que cometimos un error. Comunicación de riesgo, frágil, poco estructurada y ojalá lo podamos solucionar prontamente con el plan que se está desarrollando en el Ministerio de Salud. En protección de grupos de riesgo, una escasa visualización: población penal, migrante, mujeres.

En materia de enfoque de género, poca orientación a los cuidadores de hijos de trabajadores. Tuvimos que presentar una propuesta, porque el 70 por ciento de la fuerza laboral en salud son mujeres; muchas de ellas no podían salir de sus hogares, cosa que pudimos resolver con un permiso para los cuidadores de hijos de trabajadores de la salud, y todo lo que hemos visto en materia de violencia de género.

Por último, la ausencia, aunque sea financiera, del rol de las isapres en esta pandemia. Todos los beneficiarios de isapres son trazados por las seremías, las isapres no participan en ninguna de las etapas de monitoreo preventivo. Tampoco las hemos visto en comunicación de riesgo; es decir, una ausencia absoluta.

¿Qué hubiéramos hecho distinto? En primer lugar, construir una estrategia común, porque este era un desafío de gran magnitud; se lo planteamos al Presidente el primer día, lamentablemente él desechó nuestra propuesta. En segundo lugar, una comunicación efectiva, profesional, clara, concisa, ojalá de la mano de una mesa técnica que lograra transversalizar el mensaje; estrategias de contención basadas en testeos, trazabilidad y aislamiento desde la atención primaria de salud. Esta fue una propuesta que implementamos tarde y tuvo muchos costos para nuestro país, muchas pérdidas de vidas que se pudieron haber evitado. En materia de transparencia de datos, una política abierta con colaboración de expertos, a que me referí recientemente; descentralización con

pertinencia regional en las decisiones; una escucha activa, participando los distintos actores, y un énfasis en la protección de las poblaciones vulneradas.

Por último, consideramos que, como país, hemos vivido una primera etapa de esta pandemia, quizá, con muchos desaciertos pero que lentamente hemos ido superando. En esa línea, tenemos una lamentable cantidad de personas fallecidas en relación con la población, que es una de las más altas del mundo, un triste récord que debe llevarnos a reflexionar y mejorar en conjunto cómo seguir enfrentando el desarrollo de esta pandemia. Debemos incorporar en nuestra mirada problemas sanitarios que deben ser considerados como una política de Estado y no solamente un desafío de los gobiernos de turno. Para abordar estos grandes temas sanitarios, hay que incorporar amplios sectores, hacer un manejo colaborativo, transparente, por sobre estrategias erradas y fallidas, como hemos visto, en estrategias excluyentes o de grupos pequeños, que ni siquiera utilizaron las instituciones del propio Estado para dar respuesta a esta tremenda pandemia.

Lo primero que hicimos fue reunirnos con el ministro Enrique Paris a su llegada a fin de presentarle una propuesta para perfeccionar el plan de testeo, trazabilidad y aislamiento, que debía ser implementado y también un plan de confinamiento y desconfinamiento. En primer lugar, le señalamos muy enfáticamente que las etapas de apertura debían ser cuando tuviéramos el plan de testeo, trazabilidad y aislamiento montado. Eso no es efectivo hasta la fecha y nos parece que es un error. Evidentemente, ya veníamos con cuarentenas muy prolongadas y fue su predecesor el que abandonó una política, a pesar de todas las recomendaciones del Consejo Asesor, y en eso creo que sí hay un error garrafal, que fue señalado de forma reiterada por muchos actores. Dicho eso, a pesar de que el gobierno definió igual avanzar en el paso de desconfinamiento, se señaló también de forma muy reiterada que las conurbaciones por lo menos debían funcionar como unidades. Desde nuestro sentido, no es recomendable, pero la verdad es que hoy, después de la desidia de no montar la estrategia testeo, trazabilidad y aislamiento, tenemos mucho menor margen de acción, porque la población está cansada y no es culpa de la población la debilidad y la latencia de implementar medidas que servían. Y en esa línea, entendemos que no se pueden establecer las mimas medidas de confinamiento que en la etapa precoz. Como Colegio Médico, planteamos muy precozmente establecer un confinamiento cuando teníamos pocos casos en el país, fortalecer testeo, trazabilidad y aislamiento, que sabíamos que se estaba haciendo mal en el país, y con posterioridad abrir. No podemos decir si esa estrategia hubiera tenido mejores resultados, pero claramente no montar testeo, a nuestro juicio, fue un error por parte del Ministerio de Salud y fue una definición errada, en contra de todos los equipos técnicos que asesoraban al propio gobierno. En materia de saliva, puedo contar que existen algunos reportes internacionales, pero en nuestro país se están haciendo algunos monitoreos clínicos, porque obviamente la muestra de saliva es mucho más sencilla de implementar y también se pueden hacer muestras conglomeradas, agrupadas, como este Pool Testing, que permite no solamente no introducir una tórula por la nariz, que es muy molesta, sino que, además, no

expone la personal de salud. Pero hay que ser muy responsables de no innovar en algo que pueda disminuir la sensibilidad de una prueba que bordea todavía el 70 por ciento de sensibilidad, y si no detectamos bien, usted sabe perfectamente las implicancias que eso puede tener en la evolución de la pandemia.

Respecto del carné de alta, a pesar de que existía mucho interés por parte del ministro de la época de impulsarlo, todos fuimos espectadores de cómo esto se fue disolviendo justamente porque no tenía mucha lógica y también porque no teníamos en esos momentos tanta certeza de la respuesta inmune que desarrollaban los organismos en torno a la exposición del virus. Hasta la fecha todavía sabemos que hay una inmunidad celular, que no es tan sencilla de medir, junto con la inmunidad humoral que sí podemos detectar. Todas las pruebas de anticuerpo nos han salido con muy malos rendimientos. En esa línea, hemos tenido pocos reportes de recontagio, pero no tenemos, porque todavía estamos dentro del primer año de evolución de la pandemia, experiencia suficiente y creo que fue finalmente un acierto no seguir avanzando en ese tipo de política.

Respecto de las licencias médicas, ese tema nos ha penado a lo largo de toda la pandemia. Evidentemente, esperábamos que las licencias médicas se pudieran tomar de forma más sencilla, lo cual es sumamente necesario para cumplir las cuarentenas y los aislamientos. Las limitaciones impuestas son un poco arbitrarias y no están conectadas con la realidad, ya que en su momento se entregaban licencias por cuatro días, en circunstancias de que el resultado del examen se demoraba más tiempo. Era inentendible cómo no se podía resolver por parte de la autoridad de salud. De hecho, eso nos produjo mucha molestia como Colegio, pues era algo que señalábamos de forma reiterada, porque no teníamos respuesta.

También había limitaciones para que más médicos estuvieran en la atención primaria. La limitación de dar una licencia médica por contacto estrecho por parte de las autoridades no tiene ninguna lógica. Ustedes saben muy bien que las seremis no cuentan con mucho personal médico, están muy fragilizadas, lo que genera un impacto en el manejo de la pandemia. De manera que estoy absolutamente de acuerdo con ello y ojalá ustedes, en su rol de diputados y diputadas, nos puedan ayudar en eso, pues todavía no se autoriza a más médicos de la atención primaria para su entrega; por lo demás, eso debería ocurrir de forma inmediata. No tengo una explicación muy racional de por qué ocurre, más allá del otorgamiento de licencias médicas o de su mal uso, porque estamos en un contexto de pandemia. A nuestro juicio, el país está medio detenido y a pesar de eso existen estas preocupaciones inentendibles.

En cuanto a las Seremis, tenemos muchas fragilidades estructurales que debemos resolver y es un gran desafío a mediano plazo. Me parece impresentable que la Región de O'Higgins no tenga seremi a la fecha en medio de una pandemia y ojalá se pueda reclutar a otra persona, en caso de que no haya alguien de gobierno, o que pertenezca a un sector político determinado o que sea de oposición que postule al cargo. Sin duda, este es un desafío que debe

traspasar a los distintos sectores, pero obviamente debe haber seremis a lo largo y ancho del país. Ustedes han visto todas las medidas que adoptan las autoridades sanitarias para la fiscalización, que son parte de los espacios que se están abriendo, por lo tanto los juicios y sumarios sanitarios son sumamente necesarios.

En materia del plan “Fondéate en tu casa”, eso no se presentó en la Mesa Social. Creemos que es un error, porque eso también permite dar un espacio de *feedback* y decirle al gobierno que esto no parece tan bien o tan mal. Sin embargo, debo admitir que comunicacionalmente, al parecer, hubo bastante mala interpretación. No sé si el mensajero fue el errado o los medios de comunicación no entendieron bien, pero las cuarentenas no se liberaban finalmente, porque solo con un permiso se permitía un mayor grado de movilidad. Obviamente, somos más conservadores en el Colegio Médico. A nuestro juicio, particularmente las regiones de Magallanes, de Biobío y aquellas que están en la etapa 1 deberían ser mucho más cautelosas y ojalá hacer un llamado a no salir de su casa y a celebrar las fiestas patrias en el hogar. Pero también debemos reconocer que se trata de celebraciones muy emblemáticas y que lo que pretende la autoridad es intentar conducir a la población para que no termine haciendo reuniones de entre 50 a 100 personas, a fin de ir delimitando las acciones que realizan los ciudadanos, que de todas maneras se van a reunir. Entiendo que ese era el fin, pero todavía nos falta mucha comunicación de riesgo y debemos resolverlo.

En cuanto a la consulta sobre qué ocurre en los países colindantes, nosotros aprendimos mucho de los que nos llevaban la delantera, sobre todo de los países europeos y de aquellos que tomaron medidas muy distintas a las tradicionales. Respecto de nuestros vecinos, sacando a Uruguay y quizá a parte de la estrategia de Costa Rica, una de las debilidades es que muchos de esos países no testeaban ni trazaban, que es el pilar del control de la pandemia. Entonces, tuvieron cuarentenas muy prolongadas en el tiempo, sin montar en paralelo. Como ustedes recordarán, muy precozmente nuestro país testeaba más que Argentina, en circunstancias de que tiene una cantidad de población mucho más grande que la nuestra. Así que las personas que decían que el Colegio Médico señalaba que había que hacer lo de Argentina no pueden estar más erradas en sus recomendaciones, porque si no se testea y no se traza se pierde el control de la pandemia. Lo único que se logra con los confinamientos es postergar el aumento de las olas de contagios y eso solamente retrasa su impacto. En ese sentido, el llamado importante que hacíamos era que la OPS fuera muy enfática en señalar que los países debían invertir en trazabilidad y en testeos. No hay otra forma de controlar la pandemia hasta que lleguen las vacunas de forma efectiva.

Debemos aprender a llevar los mejores equipos al ministerio y no cambiarlos entre un gobierno y otro. La gente que aprendió en esta pandemia debe quedarse en el Ministerio de Salud para la próxima pandemia. Debemos volver a traer a los equipos que tenían más experiencia. Asimismo, uno de los problemas que tenemos es parte de la comunicación de riesgo que se señaló.

Nuestro país estaba viviendo un momento muy especial cuando llegó la pandemia. Hubiera sido ideal lograr una suerte de pacto con la ciudadanía, para que se sintiera activamente comprometida con algo que requiere la actitud individual y viera que también se toman medidas muy poblacionales. Entender la pandemia sin resolver las medidas sociales y económicas o sin darle a la persona una licencia médica o la oportunidad de que se realice el examen médico también habla de una fragilidad. Por eso, hoy más que nunca debemos trabajar activamente para fortalecer el plan de testeo, trazabilidad y aislamiento a *full,* o sea, que no haya un paciente que no tengamos que seguir. Todos esos aislamientos se deben seguir al pie de la letra para lograr algún grado de contención. Los indicadores, que todavía no tenemos tan a la vista, deben ser muy buenos.

3.44.- Presidenta de los trabajadores de la Secretaría Regional Ministeral de Salud de la Región Metropolitana, señora Marcia Lara Acuña:

Ustedes ya están en conocimiento de varias cosas que han sucedido como, por ejemplo, los cambios de seremi que hemos tenido, ya que nos han afectado a todas las trabajadoras y a los trabajadores por las malas decisiones que se han adoptado desde el ministerio. Ello nos preocupa porque estas malas decisiones dañan a una institución, que es la seremi de Salud y a todos quienes trabajamos en ella. Ya hemos concurrido con nuestra presentación a la Comisión de Trabajo de la Cámara de Diputados, porque desde el 18 de marzo en adelante, o más bien desde enero, se empezó a contratar a una gran cantidad de funcionarios en la modalidad Código del Trabajo.

Tenemos una dotación de aproximadamente 890 funcionarios entre contratas, honorarios y planta. Hoy tenemos cerca de 2.200 funcionarios Código del Trabajo para desarrollar la labor relacionada con la pandemia. Todos esos trabajadores desarrollan funciones en el cordón sanitario, aduanas sanitarias, fiscalización en terreno y residencias sanitarias. Nuestra mayor queja es que hasta el día de hoy no hay solución para los funcionarios de c*all center*, de aduanas y de residencias sanitarias, puesto que a muchos de ellos se les adeudan 3 y 4 meses de remuneración.

Como asociación recibimos una serie de denuncias por parte de gente, porque están siendo objeto de amenazas de despido si concurren a algún gremio o hacen algún tipo de presentación ante la Inspección del Trabajo o de la Contraloría, porque ellos están bajo la modalidad Código del Trabajo. Es decir, acá, en la seremi de Salud Región Metropolitana, se están vulnerando todos los derechos de los trabajadores y trabajadoras. Además, tenemos 17 compañeros de trabajo que se encuentran reemplazando a funcionarios por licencias médicas, que llevan 2 y 3 años realizando esa labor y tenemos compañeras que llevan 4 meses sin sueldo, porque tenemos un gran problema con el nivel central del Minsal, con la División de Finanzas y Administración Interna, (Difai), que es la que administra los recursos y los contratos. Lo que vemos es que tenemos un gran número de trabajadores que no recibe remuneración, que hay contratos malhechos. Sin entrar

en mayor detalle, más de 14 personas fueron a hacer sus denuncias ante la Inspección del Trabajo.

¿Qué dice la Inspección del Trabajo respecto de este tema? Que no puede recibir las denuncias porque ellos trabajan para el Estado y que, por lo tanto, deben recurrir a la Contraloría, aunque están bajo la modalidad Código del Trabajo. Esta situación nos preocupa porque se están vulnerando absolutamente todos sus derechos y el nivel central, el ministro, a quien le informamos y que nos recibió hace un mes, aún no han dado solución a estas personas. Es decir, hasta hoy, después de 4 y 5 meses, esas trabajadoras y trabajadores están sin sueldo. Sin entrar en mayor detalle les digo que, por ejemplo, hay una gran cantidad de horas extra impagas, porque acá se trabaja de lunes a lunes.

Como asociación solicitamos que se realice una investigación profunda y una auditoría de todos los dineros que ha entregado el Estado por covid-19 a la Subsecretaría de Salud Pública. Queremos que se haga una investigación completa, porque vemos que hay una mala administración. Como les dije, hay funcionarios que no han recibido sus sueldos ni les han pagado sus horas extra. Ustedes han sido testigos de que para que pudiéramos contar con implementos de protección efectivos tuvimos que informar a Contraloría, que las mascarillas eran impresentables y que no cumplían con ninguna condición de seguridad para los trabajadores. Informamos también que había un alcohol gel que no estaba certificado por el Instituto de Salud Pública ni que había una empresa de sanitización. Recién hace un mes y medio lo hace la empresa de aseo de higienizar nuestro lugar de trabajo.

Por otra parte, hay más de 2.000 funcionarios nuestros que trabajan en los c*all center.* Aquí, nosotros vemos que tenemos un gran cuestionamiento de la trazabilidad que se realiza, desde el día 1 esta no se empezó a hacer de la mano de los servicios de atención primaria, porque acá, más que estar llamando a las personas afectadas por el contagio de un virus, tenemos que certificar que efectivamente esas personas estén realizando su cuarentena.

Los trabajadores de los c*all center* nos han hecho llegar sus denuncias bajo protección de sus antecedentes. No hay un registro de control; firman en unas hojas; la información llega después de que comienzan a trabajar y hacer los llamados telefónicos. Los c*all center* están divididos. Unos son los que ven directamente a los que están contagiados por covid-19, otros ven los contactos estrechos. Ellos también nos han hecho ver que hay muchos errores en los RUT, en los números telefónicos que ingresan, mucho error en la dirección, es decir, de los domicilios donde está la persona en cuarentena. Esa información la han hecho ver y nosotros lo hicimos ver desde el día 1, que se estaba yendo a ver a una persona cuyo domicilio había dado hace 3 o 4 años. Entonces, la información en relación con las personas que realizan los listados y que están a cargo de estas bases de datos no comparten la información entre Fonasa, que tiene una información determinada, que la persona cambia de domicilio, pero no aparece ese domicilio.

A nosotros, como funcionarios y funcionarias de años en nuestra institución nos preocupa lo que está pasando con la salud de la población. Queremos que se hagan las cosas bien, queremos que ustedes como Comisión investiguen por qué siguen contratando más lugares para realizar la trazabilidad. Pero, cuáles son finalmente los lineamientos. Es un criterio único que se está utilizando a nivel país, pues entre las seremis se trabaja de una manera distinta.

Por lo tanto, el ministro debe explicar por qué los trabajadores tienen tres y cuatro meses de remuneraciones impagas y por qué no contamos con las condiciones para trabajar de manera decente, como correspondería por ser funcionarios y funcionarias. En el fondo, necesitamos saber cuál será la dinámica para realizar la trazabilidad, porque entendemos que debemos trabajar de manera conjunta con todos los equipos de atención primaria y con los grupos intermedios y las municipalidades, para llegar al fondo de todos los contactos estrechos y las personas que estén contagiadas. Necesitamos hacer una trazabilidad en terreno para controlar esta pandemia de manera más efectiva. Asimismo, necesitamos que el ministro se haga cargo, porque ya lo solicitó la Comisión de Trabajo y Seguridad Social. No podemos seguir trabajando con personas que tienen meses sin remuneración, compañeros que están en reemplazo dos y tres años. Consideramos que tampoco se puede seguir botando el dinero, como se está haciendo hasta hoy. Solo con llamar no lograremos hacer trazabilidad, pues necesitamos llegar a terreno. Desde el día uno hemos dicho que, si queremos trabajar con los municipios, necesitamos trabajar también con los grupos intermedios, las juntas de vecinos y todos los grupos que se han organizado de manera eficiente. Del mismo modo, necesitamos mejorar las comunicaciones. Lo único que se ha hecho es una campaña sobre el lavado de manos y la utilización de mascarillas, pero necesitamos más. Nos preocupa que empecemos a vivir una pseudonormalidad, porque a lo mejor estaremos entrando en una etapa de endemia. ¿Eso significa aprender a vivir con el virus? Necesitamos saber eso y que se esclarezcan los lineamientos.

A través del teléfono no llegamos a hacer una trazabilidad efectiva, porque a través de un celular no veo a la otra persona y no sé si efectivamente la persona está en su casa durante cuarentena. Ese es nuestro modelo de trazabilidad. Muchas personas se molestan cuando se les llama por teléfono para consultarles cómo están y luego cortan, porque no tienen la información correcta.

Hemos tenido una serie de problemas con el señor Patricio Herrera, quien es el jefe de la Difai de la Subsecretaría de Salud Pública para que ustedes lo sepan. Hace aproximadamente un mes, en un artículo del diario La Segunda se informó sobre eso, lo cual nos ocasionó un tremendo problema, porque se dice que es el “hombre de la billetera” en el Ministerio de Salud. Se comenzó a despedir a algunas personas y hacer intervenciones en la Región Metropolitana, debido a todas las denuncias que hicimos.

De manera que, como Asociación de Funcionarios, estamos revisando y entregando esta información a esta comisión investigadora. A lo mejor, sabremos que el día de mañana vamos a tener consecuencias de esto, porque así estamos trabajando. La gente está trabajando bajo amenazas, porque vemos que no hay un criterio unificado, hay un desorden. En todos lados hemos dicho de manera reiterada que no podemos trasladar en un furgón a las personas que tienen covid-19 y a los contagiados, porque el contacto estrecho no tengo como saber si contagiado o no.

Hoy estamos en pandemia, nosotros los trabajadores día a día arriesgamos nuestra salud. Nuevamente tenemos compañeros graves, hospitalizados; varios compañeros enfermos, pero aquí estamos dando el ciento por ciento y lo mejor de todos los trabajadores y trabajadoras, funcionarios públicos. Necesitamos que el gobierno esté a la altura y que se realicen todas las investigaciones, porque consideramos que la pandemia se ha manejado como un negocio, y no es un negocio. Acá no se puede estar haciendo caja para campañas políticas.

3.45.- Ministro de Salud, doctor Enrique Paris Mancilla (tercera comparecencia):

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.

Nosotros informamos día a día 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. 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 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 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 son cifras del DEIS.

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.

Los programas de visita y de atención domiciliaria 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.

En el Proyecto MAPA, ellos están haciendo un test rápido para tratar de determinar quién es portador y quién no. 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. 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.

Si uno hace una licitación en una situación de pandemia y se demoran 60 días en llegar, 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. Acuérdese 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, 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.

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.

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, 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.

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 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. 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.

En cuanto a los trazadores, 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 Cesfam 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.

Sobre los criterios que se toman 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.

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.

3.46.- Coordinadora nacional de la Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, doctora Javiera Pacheco Trigo:

V E R P R E S E N T A C I Ó N

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.

La estrategia comienza 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 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.

Existen diferentes funciones de cada uno de los grupos de trabajo, en los distintos niveles del territorio, y luego tenemos las metas que se han establecido, en torno al pilar de testeo. 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.

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 trasmisión; 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.

Luego está 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. 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.

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. Luego están 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 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 de 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.

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 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.

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 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 torno a la positividad, 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.

Podemos ver también que en los sintomáticos y los asintomáticos 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*.

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.

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.

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 tornos 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 la presentación mencioné 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.

Se mostró el número de trazadores que tenemos por región. En eso cumplimos con lo necesario, 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 redunda en que la investigación sea aún más difícil para los trazadores.

Por eso, hemos implementado cuatro estrategias al respecto. Uno, 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.

3.47.- Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, señor Arturo Zúñiga Jory (segunda comparecencia):

VER PRESENTACIÓN

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.

Se trata de un crecimiento muy grande que no es solo 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 adaptando 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.

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.

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.

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 lo necesitara, 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.

Como Ministerio de Salud y como Subsecretaría de Redes Asistenciales también debemos atender a pacientes por otro tipo de enfermedades, no solo es Covid 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.

En cuanto a los egresos hospitalarios, 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.

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. 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.

En relación con las consultas 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, 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 urgencia 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.

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. 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.

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.

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. 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.

3.48.- Psicólogo e investigador, señor Gonzalo Bacigalupe Rojas:

V E R P R E S E N T A C I Ó N

Tengo bastante experiencia en varios países, especialmente en Estados Unidos; en España, en el país vasco, donde trabajé en el sistema de salud vasco, y en Chile en los últimos cinco años, de los cuales los primeros cuatro estuve trabajando como investigador principal en el centro Fondap Cigiden, Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres. En los últimos meses me incorporé a CreaSur, para hacer trabajo en el área de territorios, particularmente en lo que es la gobernanza ciudadana del riesgo de desastres**.**

Algunas consideraciones generales. Es importante pensar en la pandemia declarada por los organismos internacionales el 11 de marzo, pero pensar en la epidemia del covid-19 como un desastre lento. En Chile estamos acostumbrados y tenemos una gobernanza del riesgo de desastres bastante sofisticada; la participación ciudadana ha avanzado mucho. Un desastre lento no está incorporado en la gobernanza del riesgo de desastres y es importante decirlo, porque esta crisis se transformó en una crisis sanitaria sin la coordinación con las estructuras que tenemos para hacerle frete a los desastres.

En primer lugar, sí se puede calificar como un desastre lento, fundamentalmente porque no tiene un término claro, porque no está localizado en un lugar, porque hay mucha incertidumbre y porque no sabemos cuándo termina.

En segundo lugar, cuando hay una crisis sanitaria es muy importante entender que no es solo acerca del tratamiento de una enfermedad; hay que entender que va a afectar de modo diferencial a las comunidades, a la sociedad; va a tener diferencias territoriales bastante grandes, y van a enfatizarse las desigualdades y vulnerabilidades. Esto es algo que sabemos los salubristas, tenemos muy claro lo que sucede.

En tercer lugar, de alguna manera en esta crisis se enfatizó una estrategia política en la gobernanza sanitaria. Se localizó la ejecución, la implementación y la evaluación dentro de lo que es el equipo político de La Moneda, desconociendo la tradición que hemos tenido en la gestión del riesgo de desastres. Además, se consolidó una desconfianza muy grande en las estructuras de datos que ya teníamos, y se crearon nuevas.

En cuarto lugar, a diferencia de los desastres y de las pandemias en general, en el mundo y en Chile se descartó la experticia de científicos fuera y dentro del gobierno; la experticia científica y profesional.

En quinto lugar, el centralismo, que es una cuestión que de alguna manera se ha intensificado y se ha visibilizado muchísimo en la pandemia.

En sexto lugar, diría que la educción ha llegado tarde, ha sido mínima para la población, y también para la elite política en términos de lo que es la pandemia. Yo lo he escrito en varios artículos. Como ejemplo les voy a decir que en estos momentos hay muy poca educación acerca de lo que es el contagio aéreo del virus, que es realmente central, según lo que nos plantea la evidencia científica.

Lo otro que es importante decir es que, en general, fue una visión hospitalocéntrica, que consideró la pandemia como una enfermedad y evitó, o no sectorizó y pensó en esto como una tarea de prevención. Se ignoró el principio precautorio, que es fundamental en salud pública. Básicamente, asume todo tipo de tareas y actividades, pensando en el peor escenario hacia delante, en vez de pensar en el escenario más optimista. La visión hospitalocéntrica reconoció una falencia de infraestructura hospitalaria, que veníamos arrastrando en Chile por mucho tiempo, y se ignoró toda la atención primaria, la APS, y se cimentó fundamentalmente en la idea de la inmunidad de rebaño que, no solo en términos de decirlo, de plantearlo como contagio progresivo, como inmunidad de rebaño, explícitamente; pero en términos de las acciones, es decir, los supuestos que informan esta visión hospitalocéntrica ha permeado la estrategia.

Lo otro que ha sido complicado, y en eso hay un consenso bastante grande, es que la comunicación en crisis ha sido muy deficitaria y ha estado muy centrada en el control de la información, más que en el manejo de la información para generar una percepción social del riesgo que fuera precisa.

Dos aspectos que también hay que aclarar son que, desde la estructura del liderazgo, ha habido una especie de excepcionalidad respecto de nosotros y una suerte de competir con las cifras en el mundo, más que de aprender de ellas, y finalmente lo que tiene que ver con la transparencia y el control de los datos.

La curva de fallecidos está, más o menos, en alrededor de 1.700 fallecidos al mes. Esa es la situación de Chile. Estamos anclados en esta meseta. Este es un gráfico que muestra las muertes acumuladas y que grafica, además, cómo se nos comunica a la población. Si uno le preguntara a la población qué dice la autoridad sanitaria, lo que se repite es que somos muy buenos para hacer testeos y tenemos un testeo acumulado bastante alto, que nos pone por sobre el promedio a nivel mundial; pero no se comunican las muertes acumuladas, que también nos ponen en el *ranking* de los más altos en el mundo.

En cuanto a las muertes por covid-19, se muestra el arrastre que ya se encuentra con el de las regiones, es decir, fallecidos, en este momento, comienza a subir, y la Región Metropolitana se mantiene estable en ese punto. Esta gráfica muestra, en términos de género y sexo, las personas que han fallecido, y quizá sea interesante, porque nos plantea la diferencia. Vean las curvas de arriba, que son las nuestras -la roja y la morada-, y en el momento del *peak*, y este es un gráfico que calcula por millón de habitantes, así que lo que ustedes ven en verde

es Italia, y ustedes pueden ver qué ha pasado con las curvas chilenas, y hay dos cosas que observar: una, que nuestra proporción, nuestros casos covid-19 diarios por millón, ustedes pueden ver la gran diferencia que hay entre lo que sería aplanar la curva desde la perspectiva de Italia y lo que es nuestra situación en estos momentos.

Finalmente, otra cosa que es importante, en términos de lo que son los pacientes, cuando hacemos esta comparación internacional entre Chile e Italia, y planteo Italia, porque en el discurso desde la autoridad, Italia fue mencionada desde la misma presidencia. Estas son las curvas de pacientes UCI por millón de habitantes, así que ustedes pueden ver Chile en rojo e Italia en verde. Esto es hoy y son los indicadores de transmisión de carga. Como ustedes pueden ver, efectivamente, nosotros bajamos muchísimo, y estamos viendo en el gráfico de la izquierda que hay una subida en la transmisión de carga, y este índice, que es un índice con datos del gobierno y de las universidades del proyecto Icovid.cl, un proyecto muy interesante de varias universidades, muestra lo complicado de la situación en que estamos y que nos puede ayudar a pensar hacia dónde vamos en las siguientes semanas. Y en regiones, ustedes pueden ver al lado que esta curva va al alza todavía y está bastante alta.

Finalmente, la otra cosa que yo planteé en la lámina inicial es la idea de cómo nuestra mortalidad definitivamente está definida por donde uno vive. Si vive en las comunas más vulneralizadas, vamos a encontrar una mortalidad mucho más alta. Ustedes pueden ver abajo: Ñuñoa, La Reina, Las Condes, con una tasa de mortalidad bastante baja, comparada con lo que sucede en la Pintana, Cerro Navia, San Ramón.

Esto tiene que ver con los índices de prioridad social y ustedes pueden ver nuevamente las mismas comunas, presentando una mortalidad mucho más alta. Estos son los supuestos que ya he ido avizorando. A la izquierda, ustedes pueden ver cómo son los supuestos que uno podría concluir respecto de cómo se ha enfrentado esta crisis, y a la derecha, serían los supuestos que están informados con una estrategia b, o una estrategia de cuidado, una estrategia que apuntara mucho más a la salud pública, a la prevención.

En los supuestos de la izquierda está que esta es una crisis sanitaria; que esta es una epidemia que tiene plazo de término, en general, en el mundo. Tanto en las autoridades como en muchos profesionales, sobre todo, al principio, estaba presente la idea de que esto iba a durar hasta el invierno; está que los pacientes pueden ser hospitalizados; que la idea es mantener el nivel de enfermedad sin colapsar el sistema hospitalario. También está la idea de que el contagio progresivo va a construir inmunidad; que se controla la pandemia a través de la inmunidad de rebaño. El otro día escuché al exministro Mañalich, cuando declaró, y esto no caracteriza solo su período, sino que caracteriza el período siguiente. El exministro Mañalich y el ministro Paris han dicho que el equipo es el mismo y que la estrategia no va a cambiar. Eso es lo que el ministro

Paris nos dijo al grupo de los 40, al cual pertenezco, hace varios meses, una semana después de que asumiera.

Quiero decir dos cosas respecto de esta estrategia, que es la de izquierda, y pensar en esta otra, la de la derecha, como supuestos alternativos. Uno, pensar que es un desastre, que requiere un esfuerzo mancomunado a nivel nacional; que es una epidemia que no tiene plazo, no sabemos cuándo va a terminar, puede ser un año, pueden ser dos años, puede ser mucho más; que nadie debe enfermarse, pensar en el supuesto de que nadie se enferme, en vez de que se enfermen y los vamos a tratar; que todos los contagios son trazables, que es la situación de varios países, no solo de Nueva Zelanda; que el contagio progresivo mata a muchas personas, es decir, el pensar que vamos llegar a la inmunidad, genera la posibilidad de que fallezcan muchas personas, una situación que estamos siguiendo en Chile; que la única inmunidad sostenible es la de grupo, que es la que se produce con la vacuna. Pero, esto es muy importante y no se ha educado, es que el corte del contagio tiene que suceder antes de la producción de la vacuna. El corte del contagio es conductual, y eso es algo que requiere el compromiso de todos y, por supuesto, de la dirección desde la autoridad sanitaria.

Entonces, lo que hemos propuesto es cambiar esta estrategia. Lo hemos dicho de todas las maneras posibles, con un grupo de científicos. Aquí hay algunas de las cuestiones que nosotros hemos sugerido y, fundamentalmente, la idea es, y los puedo referir a la carta de los 40, que la estrategia tiene que ser oportuna, tiene que haber un aislamiento y cierre oportuno en ciudades y regiones; tiene que integrarse la atención primaria; los trazadores son claves; hay que fortalecer la diversidad territorial y los liderazgos a nivel del territorio; el apoyo social; un enfoque de género y que los datos de los fallecidos que se reportan cada día deben ser los que efectivamente nos ayuden a todos los ciudadanos a tener una percepción del riesgo que es más posible. Todos los días publicamos un *dashboard* que prepara el doctor Baeza, con el apoyo de los cuarenta, y como ustedes pueden ver esto es hasta ayer. El total estimado es el que se considera, que pueden ver a la derecha. El punto segmentado en rojo corresponde a nuestra curva que tuvo un *peak* oficial a mediados de junio, y la línea que ustedes ven en vertical, que dice cuarentena, es la que se estableció después del fracaso de las cuarentenas dinámicas. Si esta cuarentena hubiera sido antes, habríamos tenido 5.100 fallecidos. Este es un cálculo cuando había 11.500 fallecidos. En este momento, hoy, pasamos la cifra oficial de 13.000, 17.500 si consideramos los casos sospechosos y confirmados de acuerdo a las cifras del DEIS. Es decir, la cuarentena, en el momento en que se haga, es extremadamente central en salvar vidas. Este es un esquema de lo que viene. No es una cuestión sin efectos, tiene claridad.

Lo que me importa es el impacto que tiene el discurso oficial sobre la ciudadanía, en términos de poder hacer las acciones que se necesitan y seguir las instrucciones, aumentar la credibilidad, etcétera. Estos son algunos temas: cómo se concentra el virus, la cuarentena, la letalidad y la mortalidad. En cuanto al virus, fundamentalmente es una partícula inerte, no tiene intenciones, no tiene

autopoiesis como diría el doctor Humberto Maturana, es decir, no tiene una vida propia, sino que fundamentalmente necesita de nosotros, de nosotros como huéspedes para trasladarse y para reproducirse. Por lo tanto, el problema ha sido es que el discurso del ministro, de la presidencia en general, ha sido de pensar en el virus como un ente que nos ataca, que es enemigo nuestro, cuando en realidad todo lo que tenemos que pensar es en la conducta frente al virus y no necesariamente en el virus en sí.

Finalmente, la cuarentena ha sido un tema extremadamente complicado. Todos sabemos que la cuarentena es una medida medieval, horrenda, con un impacto negativo muy grande. Ningún salubrista, ninguna persona que trabaja en esto podría recomendarla como algo bueno, pero es una medida de emergencia, una de las pocas que conocemos. El problema es que en Chile, como en varios otros países, por ejemplo Argentina y otros, la cuarentena no ha sido real y efectiva. Es decir, tuvimos una pseudo cuarentena que tuvo un impacto global, total, de modo que tuvimos esta leve mejoría como la denomina el doctor Paris, pero no fue suficiente, no fue lo suficientemente efectiva. No se trataba de que la alargáramos, sino que necesitábamos tomar esas semanas de cuarentena global, cuatro o cinco semanas, pero que fueran realmente efectivas; es decir, que pudiéramos aplastar la curva como, por ejemplo, lo hizo Italia y no quedarnos empantanados en este promedio de alrededor de los 1.700, 1.800 casos. Es difícil saber exactamente los datos, pero ustedes han visto la curva.

Por otra parte, la cuarentena, desde el punto de vista moderno, desde el punto de vista de este siglo, sirve para planificar para adelante; la cuarentena ofrece el momento en que toda la atención está sobre la pandemia, no como hoy, para educar al público y para educarnos todos, sin exclusión, respecto de qué tenemos que hacer cuando nos desconfinemos y qué tenemos que hacer para evitar que esta partícula inerte se siga reproduciendo. Es importante que esta comunicación se haga sin culpa, sin castigo. Aquí no hay gente buena y gente mala, aquí hay una actividad que necesitamos hacer todos.

Otro tema tiene que ver con la letalidad. Creo que aquí todavía existe una tremenda confusión. La letalidad es un número, es la proporción de personas que fallecen de aquellas que se contagian. Este es un número que todavía no podemos calcular con precisión, pero que va a ir a la baja. En general, en todos los países, será menos del 1 por ciento. En Chile todavía está sobre el 2 por ciento, pero es irrelevante. En realidad, la letalidad no nos dice nada, el número al que tenemos acceso no es para nada preciso, es un término que se ha usado durante todo este período para decir que Chile lo hace mejor. No sabemos realmente cuánta gente se ha contagiado, la proporción, como hemos contado, es simplemente una proporción. Entonces, eso genera una percepción del riesgo que tiene consecuencias en las conductas de las personas. Lo enfatizo, porque lo hemos publicado bastante; incluso, durante la administración del presente ministro este discurso se ha aminorado un poco, pero todavía existe la confusión y todavía se plantea como una cuestión central.

Lo segundo que es central en esta cuestión, es que para el desconfinamiento la trazabilidad es esencial. Es decir, no podemos hacer desconfinamiento sin tener el sistema, y en esto hay un consenso internacional -no es solo una opinión-bastante grande respecto de que las tareas de desconfinamiento solo se pueden acompañar cuando existe una capacidad de hacer bien la trazabilidad. Aquí hay dos elementos centrales. Uno, no sabemos todavía de qué trazabilidad nos está hablando el gobierno porque no hay una auditoría de esta trazabilidad. No sabemos cómo se calculan los porcentajes; cambian los porcentajes, las indicaciones, las maneras de calcularlo, los tiempos, etcétera. Para nosotros, esto ha sido bastante frustrante, para quienes hemos estado tratando de mirar los datos y seguirle la pista a la pandemia. Además, no es solo una crítica que viene de algunos que nos les gusta el gobierno sino que es una cuestión que, incluso, viene del comité asesor que es parte de la estructura del gobierno.

El otro tema es la positividad, que hace un par de semanas estuvo muy al alza la conversación, a partir del reporte de Espacio Público. Incluso, con varios colegas hicimos una publicación, respecto de lo que sospechábamos era un uso de la positividad que nos podía llevar a una cierta distorsión. Fundamentalmente, cambiaron las definiciones de cómo buscábamos los casos y nos encontramos con que en los últimos meses, coincidiendo con los procesos de desconfinamiento y una bajada lineal de la positividad, se estaba haciendo mucha búsqueda de activos entre personas que sabíamos que no iban a presentar un alto índice de contagio como, por ejemplo, plazas, ferias, etcétera. No hay nada malo con buscar casos en la población general si es que se hace un estudio al respecto o si está focalizado, pero esto se hizo, en buen chileno, al tuntún. Tampoco es malo que se haga y que sea una proporción de los PCR, pero que se haga en la evaluación. Por otro lado, se hace una serie de PCR en grupos de faenas, de mineras, de pesqueras, de equipos de fútbol, etcétera. Hay una serie de PCR que se hacen por otras razones, pero sabemos que no vamos a encontrar altos niveles, además que en muchos de esos casos no hay síntomas para buscarlos.

Entonces, uno de los grandes problemas ha sido que hasta hoy todavía no tenemos una descripción clara de esta positividad. Es claro que si excluyéramos la nueva búsqueda de casos activos, nos encontraríamos con que la positividad está por sobre el nivel de los criterios para haber comenzado o continuado, en algunos casos, con el desconfinamiento.

También quisiéramos decir cómo se notó en todas las comunas comenzaron a bajar la positividad a partir de estos cambios en los indicadores. Esto no significa necesariamente que haya una intencionalidad, pero, en la práctica esta positividad, la manera en que se plantea nos hace pensar en que se han buscado las cifras por sobre lo que es realmente la realidad del contagio, o que no podíamos comparar la positividad anterior con la de ahora.

Otro problema serio en el contexto de tomar medidas, porque los fallecimientos, la letalidad, la mortalidad no nos sirve para nada, para tomar

determinaciones, aunque sea crudo decirlo. Solo nos sirve para hacer el duelo con las personas y las familias que han perdido vidas. Pero en realidad la mortalidad en sí no ayuda a determinar qué medidas de salud pública hay que tomar hacia adelante, pero sí los casos activos. Aquí, están los casos detectados y que sirven para determinar cómo se hace el desconfinamiento: el levantamiento, el movimiento en el paso a paso. Lo que ustedes ven arriba son los casos activos reales, porque hay un retraso en los datos, por la manera en que se toman, etcétera, y estos son los oficiales. Es decir, no los que son casos activos asintomáticos que nunca han tenido un PCR, etcétera. Pero lo que les quiero decir es que hay un gran error en los casos activos. En algún momento fue hasta el 70 por ciento y ahora es entre el 30 y el 40 por ciento. Este es un problema bastante serio, y no es que necesariamente vayamos a saber con exactitud los casos activos, pero nosotros debemos comunicar que esto sucede, ya tenemos la experiencia, tenemos las curvas, no es una cuestión desconocida.

Lo otro que ha pasado mucho es cómo se comunican los casos. En realidad, siempre tenemos que volver a repetir que los casos no se pueden ver en términos diarios, por lo menos hay que verlos en ciclos de dos semanas o más, y es típico, por razones administrativas o burocráticas, toma de *test*, fin de semana largo, lo que ustedes quieran, que esto varía diariamente. Aquí, el problema ha sido cómo se refiere el ministro a ciertas cifras diciendo que no hemos mejorado con excepción, siempre, de dos días atrás, un día atrás. Entonces, siempre de alguna manera planteando las cifras en función de un cierto optimismo en vez de aplicar el principio precautorio. Es decir, puede bajar dos días, no dice nada; puede subir dos días, no dice nada. Lo que tenemos que ver es en el largo plazo, y en general, en las comunicaciones cotidianas a la población y a los expertos, no solo a la ciudadanía, también a las municipalidades, se utiliza siempre el mejor número, por así decirlo.

Les planteo acá algunas de las medidas que propone The Lancet, esto es de una aplicación de la semana pasada, en que fundamentalmente deja muy claro, haciendo el análisis de distintos países con éxitos y fracasos, la importancia siempre de prepararse para el peor escenario y no el mejor.

El último ejemplo de cómo se comunica es el caso de las vacunas, aquí voy a sintetizar y terminar. Creo que la comunicación de las vacunas en las últimas ocho semanas o tres meses, desde el Ministerio de Ciencia y desde el Ministerio de Salud, ha generado una situación en la cual se plantea como única solución es la vacuna, que es un problema, porque la verdad es que con cualquier vacuna que se invente igual vamos a tener que tomar medidas.

Segundo, se han planteado muchas veces distintos plazos: el primer trimestre. El ministro de Salud ha anunciado varias veces que el primer trimestre vamos a tener una vacuna o el segundo trimestre, lo anunció recientemente el ministro de Ciencia la semana pasada, generando expectativas respecto de la vacuna que realmente desde el punto de vista de salud pública son irresponsables. Es decir, sabemos que fundamentalmente los anuncios de

vacunas están relacionados con los tiempos políticos, en particular con el de Estados Unidos y con la necesidad de generar optimismo en la industria para generar inversión. Esto está estudiado, esto es evidencia, esto no es una opinión; por lo tanto, sabiendo eso, esto se debe informar a la población y decirle que sí puede haber vacuna, pero la vacuna requiere de ensayo fase clínica 3, que duran, por lo menos, un año, etcétera. Y no necesariamente ninguna de las vacunas puede funcionar, es decir, podemos estar sin vacunas, eso pasa con el VIH, por ejemplo. Y aunque tengamos VIH, la vida no paró, la vida continúa, la gente continúa teniendo sexo, por ejemplo. Eso lo planteo siempre; hubo medidas que tomamos. Todavía, la única vacuna que existe, es decir, nosotros somos la vacuna. Es una cuestión conductual.

Lo mismo, en términos de las explicaciones biológicas respecto de los contagios en Magallanes. El estudio sobre cepas, todos los virus desarrollan muchas cepas. Hay muchos estudios de cómo ha ido variando el virus de SARS-CoV, y eso hay que tenerlo claro pues genera nuevamente la expectativa de que es la característica del virus y no nuestras conductas. En Magallanes el estudio es una hipótesis aún, no ha sido publicado, no ha sido refrendado, el estudio no está completamente hecho, y no sabemos si es cierto, si efectivamente eso tiene un impacto en los contagios, por lo tanto insisto en eso.

Quisiera hablar de algo que yo llamo tres C: la cautela, la colaboración y el cuidado. Es fundamental y espero haberlo dejado claro que el principio precautorio es fundamental en todas las decisiones que tomemos respecto de la covid, debiera haber sido desde el primer día, pero por lo menos si no desde el siguiente día. Yo escribí una columna en la que dije partamos de cero. La verdad es que hace más de tres meses y medio todos me dijeron que era un loco; en realidad, si hubiésemos partido de cero en ese momento, quizá, ahora, estaríamos en otra situación o ni siquiera tendríamos esta comisión. La evidencia debe informar la estrategia y no al revés. No la estrategia debe ser informada por cierta evidencia que se va agregando. Las medidas preventivas salvan vidas, porque contagiarse significa enfermar y morir, y aunque el porcentaje “la letalidad puede ser baja y va a ser muy baja”, la mortalidad en este país muy pronto, de aquí a un mes y medio, va a ser de uno por mil chilenos, porque estamos en 17.500, vamos a llegar a 19.000 y somos como 19.000, uno por mil de personas que fallecen.

La educación de y con la ciudadanía es central, para eso necesito una comunicación respetuosa y factual, y agradezco que un poco haya bajado el clima bélico que había, que no fue un error del entonces ministro Mañalich el clima bélico, estábamos en la batalla, sino que efectivamente fue una estrategia. La claridad y transparencia de indicadores y corrección flexible. Es decir, necesitamos claridad. Por ejemplo, si ustedes van a un diario francés, todos los días aparecen los indicadores. En todos los diarios comunales aparecen los indicadores y donde está la comunidad. Entonces, las personas pueden tomar decisiones; en Suecia pasa algo parecido.

Se necesita desnacionalizar la pandemia. Lo he planteado muchas veces, hay varios documentos y eso significa empoderar local y territorialmente. Esto no es una idea ideológica, esto es algo que está en el contexto de cómo se plantean las emergencias en Chile respecto de terremotos, temblores, fuego. Hay un juego entre la centralización y la descentralización. El aislamiento, el testeo y la trazabilidad es central y es muy importante que sepamos los datos de la búsqueda activa de casos de modo de poder diferenciar.

Finalmente, necesitamos aprender continuamente de la experiencia internacional y para eso sugiero que tengamos mesas de trabajo. Hay cientos, no sé si miles, de investigadores chilenos en el extranjero: capacitados, educados, pagados algunos por becas del Estado que estarían felices de armar mesas de trabajo con sus símiles chilenos o simplemente como auditores externos. O sea, no entiendo por qué no se ha hecho eso, por qué no se utilizan, además de tratarse de investigadores extranjeros con calle en Chile. En general, en este momento todavía falta gente que tenga la conexión y pueda llamar a un epidemiólogo en cualquier país para preguntarle qué pasa aquí, cómo lo ve, etcétera. No hay nada de eso. Chile se aisló, se seccionalizó.

También necesitamos una auditoría continua en los datos, sin esperar la intervención legal. No puede ser que tengamos dos querellas y una acusación constitucional para que empecemos a conocer a ciertos aspectos de las acciones del Estado respecto de cómo manejamos la pandemia. Eso no debiera ser, es impresentable. Obviamente, eso va a llevar a que haya más querellas, más judicializaciones, etcétera, lo que nos costará mucho dinero.

Finalmente, no existe y la existencia posible de una vacuna no es la manera de planificar el control de la pandemia. Necesitamos enfatizar cómo se cambia la conducta en el contexto de las políticas públicas, pues no basta simplemente con decretar. Lo que hay que hacer es como cuando uno enseña a un niño a caminar. Uno le provee los brazos para que no se caiga, lo sostiene, lo moviliza, todo ello con mucho apoyo y sin con culpa. No es como decir “ustedes se portaron bien, ustedes se portaron mal”, en el sentido de que si se portaron bien salen de cuarentena o si se portaron mal entran en cuarentena. Ese tipo de mensaje es errado.

En nuestro grupo hay científicos, expertos y profesionales de muchas áreas. Tenemos muchas conversaciones y comunicaciones. Insistimos mucho en que podemos modelar de modo conservador, porque, dado que hay muchos modelos, nunca nos hicimos cargo de aquellos que proyectaban cuestiones en que no era posible hacer cálculos. Es más fácil ver una curva hacia atrás que hacia adelante, porque las conductas humanas son mucho más complejas que meterlas simplemente en un modelo matemático. Lo importante de esa curva es que está hecha nuevamente con cautela y precaución. ¿Qué ocurrió al respecto? Nuevamente tomaron una cuarentena. Comparar las cuarentenas en el mundo es muy complicado, porque cada país tiene conductas muy distintas. Muchas personas siempre ponen a Suecia como ejemplo, diciendo que allá se dejó que la

gente hiciera lo que quisiera. No había un decreto de cuarentena, porque el gobierno declaraba que había que hacer cuarentena. No hay que pedir permisos para salir y la gente sale cuando lo necesita. Pero, en Suecia hubo una cuarentena más efectiva que en países como el nuestro.

Por otro lado, las cuarentenas no se deben decretar cuando empezamos a subir los casos, sino mucho antes y conociendo la experiencia local. La cuarentena puede tener distintas calidades. Por ejemplo, en el caso de la Región de La Araucanía, se puede establecer un cordón sanitario y generar cuarentenas comunitarias. Es decir, puede cerrar un pueblo para protegerse. Es posible hacerlo de modo que las personas no necesariamente tengan que quedarse encerradas en sus casas, sino que puedan hacer una serie de actividades dentro del pueblo, sin salir. Esto se ha hecho en algunas raras ocasiones en Chile.

Si usted hace cuarentenas que son preventivas, tempranas, conociendo además cómo funcionamos, uno puede salvar vidas y ayudar a aplastar el contagio, pero el problema es que la estrategia de desconfinamiento está diseñada para funcionar dentro de ciertas regiones, pero tenemos entre 4.200 y 4.400 kilómetros de mucha diversidad geográfica, de temperaturas diferentes, que hacen que la vida cotidiana de las personas sea muy diferente. Es muy fácil explicar lo que sucede en Magallanes o en Valdivia en relación con el uso de espacios cerrados. Eso el Plan Paso a Paso no lo considera, porque se hacen generalizaciones demasiado grandes, que además están muy basadas en la conducta de la Región Metropolitana, y debo decir en algunas comunas de esta.

Primero: los indicadores están poco claros; segundo, que la implementación simplemente no existe; tercero, que no lo entienden. La trazabilidad no es solo una labor de contratar miles de trazadores o de coordinar bien con el trabajo increíble que ha hecho la gente de APS, pero requiere educar a la comunidad completa acerca de lo que es la trazabilidad, porque al final debemos ser capaces de hacerla. Si me identifico como contagiado, debo ser capaz de entregar la mayor cantidad de información de modo de acceder a la red, con la cual me he contactado, para que las personas inmediatamente se aíslen. Este no es un problema puramente tecnocrático de números, de cifras, sino comunitario.

Mientras hemos estado conversando por semanas y semanas respecto de la vuelta presencial a las escuelas, no hemos hablado de la planicie en la cual estamos en relación a contagios y fallecidos. No ha cambiado la pandemia en estas últimas semanas simplemente porque tenemos conversaciones como si fuera normal.

Chile tiene uno de los mejores sistemas de salud pública de Latinoamérica, reconocida en el mundo, de una tradición muy grande que viene de grandes terremotos, el de 1939, y el tsunami de 1960, y que se construye a partir de eso, y que además es de un liderazgo que va de derecha a izquierda. Por

supuesto, hay algunos que salen más al escenario, pero la verdad es que son estructuras de gobernanza de la Salud Pública muy importantes. Es decir, Chile es un país con altos niveles de vacunación, Chile es un país donde no se mueren los niños ni las mujeres embarazadas, etcétera.

Esa capacidad ha sido completamente desaprovechada y no utilizada porque se creó una especie de sistema paralelo para tratar enfermos, informado por alguien que sabe cómo se calcula el número de camas de una clínica, pero que no tiene idea, por ejemplo, de cómo vacunar a la gente para la influenza, que no servía para nada en realidad, y que generó focos de infección, de contagio. Por lo tanto, hay capacidad, la tenemos, y por eso son tan alarmantes los niveles que tenemos. No nos podemos comparar con Perú, con Argentina ni con Brasil, puesto que tenemos sistemas públicos de salud que se comparan con los de la OCDE, aun cuando los recursos sean bastante menores.

Respecto de las cuarentenas en Viña del Mar y Valparaíso, como investigador varios años trabajé con la Universidad de Valparaíso en un proyecto en los cerros, tanto en Valparaíso como en Viña del Mar, después de los incendios, y también en el borde de Cartagena, San Antonio. Por lo tanto, conozco un poco la realidad de los campamentos de Valparaíso, y sé que Viña del Mar es uno de los lugares donde hay más campamentos en Chile. Generalmente, la gente asocia a Viña del Mar con el balneario, con la población Vergara, etcétera, pero no mira el contexto de gran pobreza, de hacinamiento y de la situación en donde la gente no tiene acceso al agua potable y tienen que llegar camiones aljibe con estas cosas de plástico instaladas en el lugar. Es obvio que la cuarentena no va a funcionar en lugares donde hay altos niveles de vulnerabilidad, donde hay altos niveles de economía informal y donde el nivel de población flotante es muy alto.

Hubo una carta que le escribimos al Presidente, que fue adoptada por el Congreso, que le envió una carta al Presidente, adhiriéndose a algunas recomendaciones, carta que nunca ha sido respondida por el Presidente. En esa carta decimos muy claramente que es inefectivo hacer cuarentena sin hacer suficiente apoyo social. Suficiente apoyo social que, además, es flexible, porque va a depender del territorio. No basta simplemente hacer, sino que tienen que ser apropiadas, es decir, tiene que haber alguna manera de apoyar a las personas que van a salir a la calle. He visto fotos, he visto videos, he hablando con gente de allá. En Valparaíso, uno no podría diferenciar, hoy día, con lo que pasaba hace varios meses atrás, cuando no había cuarentena. Entonces, la actividad es muy alta. Ese alto nivel de movilidad social es un gran riesgo.

Ahora, no basta simplemente comunicar a esas personas que tienen más riesgo. De hecho, probablemente, las personas a nivel individual dicen lo serio que es; probablemente están usando su mascarilla, quizá tienen alcohol gel, hacen lo posible; pero uno no puede hacer lo posible cuando no tiene qué comer. Por lo tanto, la gente es empujada a salir y eso es algo que todavía no consideramos. Agreguemos a eso el acceso fortuito a internet, el acceso fortuito a la electricidad, etcétera; por lo tanto, a lo mejor, ni siquiera pueden participar de la

vida ciudadana en cuarentena, que se hace, fundamentalmente, a través de un medio como este.

Ahora bien, quiero volver a lo de Aysén y después hablo del autocuidado, porque quizá hay ahí una relación. Primero, Aysén nunca debió haber estado en la situación en la que está ahora. Aysén es una isla, los accesos son muy difíciles; por lo tanto, es muy fácil hacer un cordón sanitario, es muy fácil controlar. Magallanes, en cierta medida, tiene pasos fronterizos, tiene puerto, pero la actividad pesquera nunca ha dejado de funcionar; los vuelos, que van y vuelven. Magallanes es una región extractivista, es un polo económico muy importante para el país y nunca hubo un compromiso de bajar esa actividad, porque esa actividad genera demasiada movilidad.

Segundo, Punta Arenas no se puede regir por reglas generadas en un clima mediterráneo seco, como el de Santiago. Punta Arenas es otro país, desde muchos puntos de vista, hasta tiene hora distinta. Entonces, creo que faltó entender eso y nuevamente vamos a que muchas de las medidas que se toman en Punta Arenas, que se toman en Magallanes, deben ser tomadas por las personas de Magallanes, de Punta Arenas o de Aysén, y tienen que tener la posibilidad de enfrentarse al gobierno central y a la actividad económica central, para poder proteger a sus habitantes. Creo que esto es clave.

Entonces, las dos cosas que he dicho, lo de Valparaíso y Viña del Mar y lo de Magallanes, Punta Arenas y Aysén, las circunstancias que yo señalaba al principio, las determinantes sociales de salud, determinan la salud. O sea, está claro, no basta, simplemente, traer cinco nuevos respiradores y agregar veinte camas a la Unidad de Tratamiento Intensivo.

Respecto del autocuidado, no es solo conciencia individual; para hacer autocuidado tengo que ser capaz de hacer autocuidado. Yo puedo autocuidarme, vivo en Las Condes, en un departamento relativamente grande; me puedo autocuidar, es fácil autocuidarme, por así decirlo, porque tengo las herramientas, y sería irresponsable que no lo hiciera. Pero hay mucha gente que no puede autocuidarse. Entonces, cuando todos los días les están diciendo, cuando todos los días las están retando, que no se están portando bien, eso genera la actitud contraria, genera una cierta angustia, una cierta desesperanza. Debo decir que en el contexto del trabajo en los campamentos, la gente, en los campamentos, es superorganizada. La gente de los campamentos no aparece de cualquier lado; están superorganizados. Tienen una estructura de trabajo; tienen relaciones con la municipalidad; se relacionan con el Minvu; algunos tienen relaciones con las seremías, con el transporte, y tienen una organización de autocuidado muy grande y las ollas comunes son parte de eso. Sin embargo, no ha existido un apoyo a ese empoderamiento ciudadano, que existe. Tenemos estos organismos semiprivados del tercer sector; tenemos programas como Quiero Mi Barrio, todas estas cosas que existen, que no se han coordinado bien, no las han apoyado, a pesar de sus esfuerzos con el trabajo. Entonces, creo que ahí no es solamente comunicación en la vocería, sino que es ir realmente a terreno y enlodarse un poquito.

Por otra parte, el toque de queda es un tema distinto. Muchas veces lo he planteado, pero no se entiende muy bien por qué, volvió a renovarse hasta abril y en algunas regiones no. Claramente, no es una determinación sanitaria, sino que responde a otras variables, más allá de mi propia *expertise*. Con el toque de queda, da la impresión que hay más necesidad de controlar la población que controlar la epidemia. Eso queda claro, es la impresión que da; no tengo la evidencia de aquello, creo que es una labor que quizá deberían explorar en otro contexto.

Todos los desastres son por elección, no hay desastres naturales; los desastres son un evento humano, en donde nosotros estamos situados, es lo que hacemos. Si nosotros enfrentáramos los terremotos de la manera en que hemos enfrentado a la pandemia, no habría ningún edificio arriba, tendríamos los hospitales llenos de traumatizados, con mucha gente con TEC y los huesos quebrados. La pandemia no la hemos enfrentado con una perspectiva de resiliencia frente a los desastres, sino que la hemos planteado como si fuera toda una cuestión de tener una mejor sala de emergencia. Cuando en salud pública empiezas a ver que hay cuerpos que vienen llegando, lo único que queda es recogerlos y tratar de salvarlos para que no se ahoguen, es mejor ir más arriba del río y ver quién los está tirando. Mala metáfora en estos días, pero lo que usted plantea tiene que ver con lo que dije inicialmente, es decir, la prevención y pensar en los determinantes sociales de la salud.

Yo voy y vuelvo mucho entre Boston y Santiago, y, en marzo, llegué justó el día en que se decretó la pandemia en un último avión a Chile y estoy en Chile, desde ese entonces, no he podido viajar. Y desde antes, desde febrero, empezamos a alertar, nadie escuchaba, y en marzo, nosotros escribimos, varios de nosotros, el Colegio Médico, algunas otras redes, algunos otros intelectuales, algunas de las personas que ahora constituimos la carta de los 40, porque los 40 se constituyó mucho más tarde en mayo. Nosotros planteamos y advertimos acerca de lo que le estoy diciendo ahora; o sea, esto no es comentar sobre la leche derramada, no es leche derramada, por así decirlo, no es comentar acerca de los errores. En ese sentido, hay que distinguir entre una estrategia fallida y errores. Siempre se cometen errores en un desastre. Eso es lo que es un desastre, que se cometan errores, no estábamos preparados para eso. Lo planteé hace muchos meses al Presidente Piñera, nadie lo va a recordar, porque esta es una hecatombe económica, porque todo el mundo está en una hecatombe económica, pero va a ser recordado por la cantidad de fallecidos, fundamentalmente, en comparación a lo que se pudo haber hecho, en comparación con otros países. Como lo he planteado, nos vamos a acordar de esto por los fallecidos. Entonces, es importante diferenciar errores que se cometen y una estrategia que nos llevaba a un contagio progresivo de personas.

En 2010, en el tsunami de la región en 2010, efectivamente se cometieron errores. Esos errores hubieran sido cometidos daba lo mismo el gobierno quien gobernara, porque era asunto de la gobernanza del riesgo en Chile

respecto de cómo alertar, en el contexto de los tsunami. Este país debería sentirse orgulloso de lo que hizo en cambiar las alertas, de ser nacionales a regionales, entre una coordinación entre científicos, el SHOA, la marina, etcétera. Esa gobernanza no existía a febrero del 2010. Ahora existe, es decir, ahora no se puede cometer el mismo error que se cometió en ese momento, que ocurrió en distintos estamentos, en comunicación y, sobre el cual, hubo una querella y el gobierno, el Estado chileno fue querellado por la muerte de alrededor de 165 personas, las que debieron haber sido evitadas.

He insistido en esto de verlo como un desastre, porque tenemos una gobernanza al desastre. No es la mejor del mundo, pero tampoco es la peor, y hay que reconocerlo Es algo que, entre comillas, viene de los distintos gobiernos de esa época, es decir, de la primera administración de Sebastián Piñera y de la segunda administración de Michelle Bachelet.

También advertimos que en algún momento íbamos a llegar a un nivel de contagios similar, con un nivel de fallecimientos mayor que el de la zona central y que eso era evitable con el establecimiento de cordones sanitarios en la Región Metropolitana. Se debía evitar la movilidad entre regiones, porque no es solo entre comunas. Lo dijimos mucho antes de que comenzara la crisis perenne que tenemos en este momento, porque hay muchas epidemias en todo el país. No se nos puede decir que simplemente estaba todo malo.

Hay muchas recomendaciones sobre qué hacer para el futuro. Ya se saben muchas cosas que hay que hacer. Lo que han hecho algunos países es reconocer los errores abierta y honestamente. Eso han hecho varios países y varias autoridades. Los países con autoridades que no reconocen errores son los enfrentados en este momento a las peores consecuencias de la pandemia: Brasil y México. Nombro algunas naciones que están en el espectro ideológico, para que no se diga que solo es una cuestión de un lado. Es importantísimo reconocer los errores y decir que fueron tales y cuales. Además, estas pandemias se van a repetir con más ferocidad y más temprano que tarde, porque estamos enfrentados a la crisis del cambio climático, y eso obviamente está ligado con aquello.

Nadie en su sano juicio puede pensar que las cuarentenas largas son una maravilla y que son recomendadas. Las cuarentenas deberían haber sido temprano, de tres o cinco semanas como máximo. Las cuarentenas no solo son una oportunidad para romper la cadena de contagio y aniquilar el virus, bajar o aplastar la curva, como se decía, sino que además son momentos para preparar a las personas, para que todos nos preparemos.

Respecto de la gobernanza en el contexto de regiones, somos un país largo, tenemos muchas epidemias. Cada región tiene comportamientos bastantes distintos en términos de la evolución, no porque el virus sea distinto, sino más bien porque cada región tiene sus propias particularidades y conductas de movilidad social, en términos de vulnerabilidad.

En cuanto a la gestión de riesgo de desastre, se recomienda fortalecer la estructura local de “regionarse”; se necesitan mesas, las hubo. Incluso, en algunos lugares se organizaron mesas covid, pero la autoridad fue tan nefasta con estos expertos, que voluntariamente firmaron para estar ahí, que finalmente no se les consultaba, y cuando recomendaban algo, les decían que no. Entonces, hay que articular mesas de expertos, y no solo expertos profesionales, sino también con gente que conoce la comunidad. Porque, al final, muchas veces, el presidente de la junta de vecinos o el presidente del club de fútbol terminado sabiendo más de la comunidad que cualquier trabajador social del área municipal. Esa articulación ha faltado, junto con hacer que colaboraran expertos de todas las regiones, epidemiólogos, salubristas, médicos y cientistas sociales, que conocen el trabajo.

Hay más vulnerabilidad dentro de las mismas comunas y, a veces, en comunas y regiones en relación a otras regiones. Y ahí el discurso, que es un buen discurso, como la integración de la que habla el subsecretario Zúñiga de las camas, que cuentan en un mismo punto; el traslado de pacientes, que al final funciona muchas veces para hacerlo aparecer como que no hay crisis, porque saco de un lado, meto en otro; es decir, hay un juego de pacientes que, además, generalmente afecta a los más vulnerables, porque sale de donde vive, lo que es muy trágico, en cierta medida, ya que te desconecta completamente de algo que es muy importante en la salud. Es una medida de emergencia que no debería usarse normalmente, pues refleja nuestra desigualdad que, obviamente, viene desde antes, así que no tiene que ver necesariamente con este gobierno.

Para gobernar esta epidemia, el desastre, necesito empoderar mucho más y entregar todas las herramientas para que puedan tomar las decisiones. Por eso que esta disputa con los alcaldes ha sido tan fuerte, porque en el fondo los alcaldes conocen mucho mejor la realidad del lugar; pero, a su vez, también necesitan apoyo, porque hay cosas que en verdad se van a dar en todas las ciudades, y eso es algo de lo cual hay evidencia.

La gobernanza del desastre es una cuestión de la cual tenemos mucha evidencia, no es solamente sanitaria; es decir, no depende todo de las seremis de Salud, que es como la estructura regional en relación a la estos temas; requiere incorporar intendentes, gobernadores, etcétera, toda la estructura de gobernanza.

El primer supuesto que hay que decir es que nadie puede no querer vuelta presencial a clases, profesores, niños, nadie, la comunidad toda quiere volver, es como una cuestión obvia. O sea, tener a los niños todo este año en la casa es lo que creo que se debiera hacer y este año hace sentido, pero es una locura, un horror y tiene consecuencias. De hecho, en muchos países, una de las cuestiones a las que menos se prestó atención fue al impacto que tiene el estar en la casa para los niños, niñas y adolescentes a los cuales nunca se les pregunta cómo es eso. Efectivamente la vuelta a clases presenciales es una cuestión necesaria desde el punto de vista de salud mental, etcétera. La cuestión que se

pregunta uno y los expertos es si existe la capacidad de la infraestructura y de la estrategia sanitaria para efectivamente volver.

Nuestra pandemia todavía está en proceso y en la presentación pueden ver que puse la curva de Italia y la de Chile para comparar. Es decir, todavía estamos en un nivel de pandemia con un nivel de transmisión muy alto. Por lo tanto, el riesgo es muy alto para que exista la actividad escolar, porque además la actividad escolar eleva inmediatamente la interacción social de las ciudades en general. Además en Chile, a diferencia de muchos países, los niños se trasladan de su comuna para ir a la escuela y eso se debe considerar, muy pocos niños caminan a la escuela, por ejemplo, como sucede en el contexto norteamericano que conozco bastante bien.

¿Preexiste una coordinación cercana entre la Atención Primaria de Salud (APS) y el Departamento de Administración de Educación Municipal (DAEM), que administran las escuelas públicas, donde asiste la mayor parte de la población chilena? Porque las escuelas privadas en Vitacura, Las Condes y Lo Barnechea pueden funcionar, reconozcamos que se trata de otro país. ¿Presenta la vocería del Ministerio de Educación (Mineduc) un nivel de credibilidad que fomente el autocuidado y el cuidado de toda la comunidad escolar? Si uno vislumbra el discurso del ministro de Educación, ha ido cambiando bastante en este tiempo, hay algunas cosas que las ha suavizado, pero en general su discurso ha sido muy de oposición. En ese sentido, recordemos que el año pasado durante muchos meses hubo una gran movilización por parte de los profesores. Esa confianza se debe reconstruir y es central. ¿Tiene el Mineduc una mesa científica, autónoma para el análisis de los datos del covid-19 en relación con la comunidad escolar y que sistematice la información científica en el mundo? No. ¿Se considera la incorporación de una red chilena investigadora en el extranjero que producen conocimiento y realizan recomendaciones para aprender de las experiencias en comunidades escolares en territorios que se asemejan a nuestra realidad? No. ¿Tiene toda la comunidad acceso escolar, toda la comunidad acceso a internet? Es central, porque la pandemia va a estar con nosotros, eso lo reconoce todo el mundo y, por lo tanto, estaremos cerrando escuelas, cerrando cursos, vamos a tener que mantener educación híbrida, de modo que habrá alumnos en la clase, etc. Bueno, hay varias preguntas para compartir o discutir en otro momento, pero básicamente hay una serie de preguntas que tienen que ver no con el binario volver o no volver. Hay que planificar la vuelta a clases presenciales lo más pronto posible, pero debe existir la infraestructura y debe ser de una forma adecuada, de modo de asegurar un riesgo que sea saludable, por así decirlo. No existe.

3.49.- Jefa de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud, señora Johanna Acevedo Romo:

A modo de antecedente, recordaré a todos ustedes que de acuerdo con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuanto a la

preparación frente al riesgo de pandemia, nosotros debíamos tener respuestas frente a cuatro escenarios epidemiológicos.

1.- Un escenario sin casos, llamado fase 1, en el cual se le pide a los estados miembros preparar lo que será su mecanismo de acción frente a la eventual llegada de casos, lo que se debe realizar mientras los países no hayan recibido casos.

2.- La fase 2, en la cual hay casos esporádicos que llegan de manera paulatina a los países. En este caso, el objetivo principal, desde el punto de vista de la epidemiología y la salud pública, es poder hacer contención de esos casos para evitar la aparición de casos secundarios a partir de ellos.

3.- En la fase 3, lo que se pide a los estados miembros es evitar la transmisión comunitaria a partir de estos casos secundarios que pueden haber ocurrido de los casos ocurridos en la fase 2.

4.- Finalmente, en el escenario de pandemia denominado fase 4, que se caracteriza porque ya existe transmisión sostenida de la epidemia, se pide a los países implementar medidas de mitigación con el objeto de reducir el impacto en la salud pública.

En ese sentido, como país comenzamos a prepararnos muy tempranamente realizando distintas actividades y desarrollando ciertas acciones tanto desde el punto de vista reglamentario como también desde el punto de vista de salud pública. Formamos el comité de brote y uno de los hechos importantes que aconteció en algunos de los departamentos de mi división fue, en primera instancia, el haber decretado el 22 de enero la alerta epidemiológica a toda la red de vigilancia, lo que nos permitió decretar la COVID-19 como una enfermedad de notificación obligatoria e inmediata en todos los casos sospechosos. Después se definieron distintos puntos de acción, como fue la implementación de restricciones de control en los puntos de entrada en el contexto de esta emergencia de salud pública de importancia internacional, y el reforzamiento de la red de vigilancia epidemiológica asociada a las enfermedades del tipo influenza e infección respiratoria aguda grave.

De manera paralela se decidió ampliar la red de laboratorios con el objeto de mejorar la capacidad de diagnóstico PCR en el país y para eso se tuvo que hacer una ampliación de la alerta sanitaria para tener facultades extraordinarias a fin de financiar distintas cosas que implicaban, por ejemplo, ampliar de manera efectiva la red de laboratorios.

Otro aspecto importante fue la mantención, a través de múltiples ordinarios y distintos elementos de reforzamiento continuo, de las acciones de la vigilancia epidemiológica. Finalmente, el 18 de marzo se declaró el estado de emergencia por situación de catástrofe a raíz de lo que la OMS había calificado como pandemia. Solo como ejemplo, en los meses de enero y febrero estábamos

en fase 1 y el primer caso fue diagnosticado el 3 de marzo por lo que a medida que pasó el tiempo se fueron activando diferentes instrumentos como los ordinarios y los decretos de alerta. En la imagen están marcados los casos sospechosos porque dado que ya se había implementado un sistema de notificación obligatoria se tenían diferentes alertas, principalmente de viajeros que presentaban síntomas respiratorios a los cuales se les aplicaron los exámenes para confirmar o descartar que fueran casos.

A partir de marzo se dio inicio a la fase 2, prontamente la fase 3 y finalmente, a fines de marzo o principios de abril comenzó la fase 4 en algunos territorios nacionales. Paralelamente a estos ordinarios o diferentes instrumentos, comenzamos a aplicar otras medidas de salud pública, como el establecimiento de la aduana sanitaria y las cuarentenas en algunas zonas del país. Posteriormente a todo esto, hasta abril, mes hasta el cual nos concentramos en sacar toda la documentación, el mayor hito de cambio o reestructuración ha sido el lanzamiento de la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento que sacamos el 12 de julio.

A modo de resumen, las principales acciones en salud pública se concentran en cinco hitos fundamentales: primero, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en toda su extensión; segundo, la vigilancia en los puntos de entrada; tercero, el establecimiento de medidas de cuarentenas y cordones sanitarios a lo largo del país; cuarto, el fortalecimiento de la red de laboratorios para optimizar el diagnóstico y, quinto, todo el fortalecimiento de la red asistencial.

En la presentación hago referencia al punto uno, que principalmente involucra a la División de Planificación Sanitaria en cuanto a los aspectos de vigilancia epidemiológica.

En enero establecimos tempranamente la vigilancia obligatoria universal de todo caso sospechoso de covid-19 en nuestro país. A través de diferentes instrumentos establecimos el reforzamiento del monitoreo de las atenciones de urgencia y de todas las causas respiratorias a través de diferentes cuestionarios que tendían a pesquisar si esa patología respiratoria pudiera o no estar relacionada en ese momento a un caso importado de covid-19. Paralelamente, se fue trabajando en definir una metodología para incorporar a todos los centros de vigilancia centinela, tanto en Enfermedad Tipo Influenza como IRAG en los estudios del coronavirus. Para ello, adjuntamos o implementamos en nuestro sistema de vigilancia, llamado Epivigila, un formulario específico que nos permitiera notificar los casos de coronavirus.

¿Según qué se ejercía o no esta definición o sospecha clínica? Eso se hacía de acuerdo con la definición de caso vigente, porque en la medida en que uno va adquiriendo nuevos conocimientos, según el lineamiento de la Organización Mundial de la Salud, se ha ido modificando la definición de caso para los países. Pongo el ejemplo de la definición que había en marzo, cuando se establecía como primer hito o factor de riesgo el antecedente del viaje. Entonces,

todo viajero que presentara enfermedad respiratoria aguda con fiebre, o algún signo de enfermedad respiratoria o el antecedente de haber viajado a un país con transmisión local de covid-19, era un caso sospechoso 14 días previos al inicio de síntomas, como también cualquier paciente con enfermedad respiratoria aguda y el antecedente del viaje o paciente con infección respiratoria aguda que resida o se encuentre de paso en la región, con circulación comunitaria de SARS-CoV-2, y que presentara fiebre y, a lo menos, uno de los otros tres síntomas.

La definición de caso ha ido cambiando a lo largo del tiempo. La última está contenida en la resolución exenta N°839, del 5 de octubre, que establece quiénes son los casos sospechosos, pues ya no tenemos el antecedente de viaje propiamente tal. Los sospechosos son todas aquellas personas que presentan un cuadro agudo de infección respiratoria aguda, con síntomas compatibles, y aquellas que presentan una enfermedad respiratoria aguda grave y que requieren hospitalización. También, los casos confirmados son aquellos casos sospechosos y cuyo resultado queda en el PCR positivo. Adicionalmente, establecimos cuatro criterios para determinar que una persona es un caso probable, que para efectos de la vigilancia no es un caso confirmado, porque no posee el examen *gold standard,* que es la PCR positiva; sin embargo, otros antecedentes clínicos o en cuanto a anamnesis nos permiten decir que se trata de un caso altamente probable.

La definición de los casos probables que actualmente tenemos se realiza por laboratorio, cuando una persona que cumple con la definición de caso sospechoso, pero cuyo examen de PCR resulta indeterminado o bien cuando tiene una prueba antigénica para SARS-CoV-2 positiva, independiente del examen PCR. También se establece la definición de “caso probable” por nexo epidemiológico, cuando una persona es un contacto estrecho, es decir, que ha estado bajo las condiciones que lo definen con un caso confirmado y que desarrolla sintomatología respiratoria compatible 14 días posteriores al contacto. Para los casos por nexo epidemiológico no se requiere hacer examen PCR para confirmar su diagnóstico. En caso de que la persona se realice un examen de PCR, si este resulta negativo, se mantienen como caso probable por nexo epidemiológico, y si ese resultado es positivo se establece como un caso confirmado. Adicionalmente, tenemos caso probable por imágenes, que es cuando una persona tiene una PCR negativa, pero cuenta con un TAC con una imagen característica de covid-19, cuya conclusión diagnóstica debe ser confirmada por un médico radiólogo. Finalmente, también son casos probables las personas que hayan perdido brusca o completamente el olfato, es decir, que presenten anomia o hayan perdido el gusto, sin una causa que lo explique, independientemente del antecedente epidemiológico de nexo.

El formulario de notificación, en términos generales, es un sistema web, por lo que está disponible tanto en la intranet del Ministerio de Salud como en otras, porque es un *software* abierto. Cuenta con los siguientes componentes: primero, los antecedentes generales del notificador. Un aspecto importante es saber cuáles son los motivos de la notificación. Hoy tenemos dos motivos de

notificación: uno es la atención médica, cuando alguien va a un doctor, sea porque es un caso sospechoso o porque necesita hacerse un procedimiento que requiera tener un examen de covid-19 negativo como una endoscopía, y el otro es a través de la estrategia de búsqueda activa, cuando no sea una necesidad del médico hacerse el examen, sino una necesidad de salud pública. En ambos casos la etapa clínica, es decir, la sintomatología del paciente pudiera ser catalogada como caso sospechoso, si presenta sintomatología; como caso probable, si presenta sintomatología y tiene el antecedente de nexo epidemiológico u otro; como búsqueda activa, si el paciente es totalmente asintomático, y, finalmente, como un caso confirmado. Posteriormente, se completan los antecedentes del paciente propiamente tal. Es importante señalar que los antecedentes personales se pre llenan en función de que el *software* está enlazado con la API del Programa Maestro de personas del Ministerio de Salud. Por lo tanto, al completar el RUT de la persona, se prellenan el estado del paciente vivo o fallecido, los nombres, los RUT, la fecha de nacimiento, el sexo y la edad. Y se deben completar solo algunos datos de residencia. Si se trata de un caso sintomático, se abre una pestaña advirtiendo que son sintomáticos o asintomáticos, fecha de primeros síntomas, comorbilidad y estilos de vida. También tenemos los antecedentes clínico generales, si es la primera consulta y cuándo se hizo.

Otro aspecto importante es la indicación del lugar de reposo, lo que hemos incorporado a raíz de la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento, solicitando a los médicos clínicos que, dentro de la prescripción que le dan al caso, le indiquen si puede cumplir o no el aislamiento en su domicilio, en función de que su estado clínico lo permita, o bien si las condiciones sociosanitarias de su casa no lo permiten, indiquen como lugar de reposo la residencia sanitaria, y esto es parte de la prescripción.

Es importante destacar que existen diferencias sobre los casos totales, los activos, los recuperados por región, y aquí quiero destacar, por ejemplo, que hoy la Región de Coquimbo, que está con una tasa de incidencia actual de casos activos menor del país, que es de 36 por ciento, versus Magallanes, que tiene la mayor tasa de casos de activos, como incidencia actual. En esta primera etapa, ustedes ven de color azul la Región Metropolitana, donde los primeros meses o semanas la distribución de los casos era de 50 por ciento en la Región Metropolitana y 50 por ciento en el resto del país. Cuando llegamos a fines de abril y la epidemia estaba en expansión en la Región Metropolitana, ustedes ven cómo disminuye la proporción del resto de las regiones con respecto de lo que significa la crisis que estábamos viviendo con el aumento de los casos en la Región Metropolitana. Finalmente, una vez que esto se logra controlar, a mediados de julio, podemos ver cómo van disminuyendo cada vez más la Región Metropolitana con el resto de las regiones.

Las curvas epidémicas por región también son parte de los informes, así como los R. De estas dos cosas me interesa destacar que nosotros semanalmente, en realidad diariamente, hacemos muchos análisis para ver cómo se está dando la dinámica en la transmisión en cada una de las regiones y poder

orientar las acciones de Salud Pública a través de las Seremis. ¿Cómo ha ido la evolución? Si uno analiza el último mes, en la variación de la quincena actual con la pasada se había visto un leve aumento de casos de 6 por ciento a nivel país, y cuando uno hace un doble clic en esta quincena actual, los siete días actuales versus los siete días anteriores a esta semana, uno ve que en términos generales se observa una disminución en el número de casos absolutos de la semana actual con respecto a la anterior. Me interesa destacar aquí que la distribución o los tiempos de epidemias que hemos tenido a lo largo del país ha impactado de diferente forma, y cuando uno ve, por ejemplo, el número de casos acumulados, se ha concentrado en ciertas regiones como un número absoluto, y si lo ve como tasa de incidencia, que nos permite comparar el resto, o de manera igual todas las regiones del país, ve que en el fondo las tasas de incidencias más altas se han concentrado entre Arica, Antofagasta, la Metropolitana, y ahora lamentablemente en Magallanes. Y en regiones, como Aysén, y estas del centro que presentan las menores tasas de incidencia acumulada. También quiero mostrar las comunas con mayores casos de activos. Estos son los casos acumulados. Puente Alto lidera el mayor número de casos acumulados, pero después, cuando uno ve el número de casos activos, es decir, cuáles son las comunas que nos están haciendo hacer doble clic constantemente, tenemos Punta Arenas, Arica, Puerto Montt, Puente Alto, que recurrentemente está saliendo, entre otras.

Respecto de la distribución por sexo de esta enfermedad, en general no se ha visto mucha diferencia significativa. En cuanto a los antecedentes clínicos, de la clínica o de la sintomatología, en general la mayoría de los pacientes tiene un cuadro caracterizado por tos y fibromialgia, y eso lo pueden ver en detalle en los informes. No se aprecian, con excepción de la fiebre, mayores diferencias entre los pacientes que llegan a hospitalizarse versus los no hospitalizados, en cuanto a la sintomatología. En cuanto a los antecedentes de comorbilidades, al igual que en la lámina anterior, tampoco se aprecian muchas diferencias significativas en cuanto a las comorbilidades de los pacientes que se hospitalizan versus los que no se hospitalizan.

La distribución del número de casos, y la tasa de casos por sexo y por edad, ustedes la pueden encontrar en nuestros reportes, y cuando uno analiza concluye que hemos tenido una mayor tasa de hospitalizados a medida que aumenta la edad, obviamente. Si uno compara la tasa de hospitalizados en adultos mayores con los niños, lo supera en muchos cientos de casos.

En cuanto a los fallecidos, es importante decir que en el análisis de la disgregación por regiones, y cuando uno compara a través de la tasa de mortalidad acumulada, existen diferencias, siendo la Región Metropolitana la que ha presentado una mayor tasa de mortalidad acumulada y una mayor letalidad con respecto al resto de las regiones. Es importante mostrar la tasa de los fallecidos no hospitalizados versus los hospitalizados, y sus dos curvas. Estos son los casos versus los fallecidos, y es una curva que es bastante en espejo en cuanto a la proporcionalidad de casos que fallecen versus el número de casos. Por lo tanto, el

descontrol en el número de casos, si se volviera a repetir este mismo fenómeno, también produciría un aumento en la mortalidad.

Me interesa decir que las acciones de salud pública que vamos a implementar es un segundo enfoque, con el fin de fortalecer y controlar de mejor forma la epidemia, para eso la palabra clave aquí es la trazabilidad, que es este proceso continuo de identificar los casos precozmente, a todos sus contactos estrechos y mantenerlos aislados. Quiero reforzar que hemos implementado a la vía habitual que teníamos de este paciente asintomático, que iba al médico y se tomaba exámenes, una estrategia de búsqueda activa en la que salimos a la comunidad a buscar los casos en el territorio. Ya no estamos esperando en el hospital que lleguen las personas, sino que salimos a buscarlos. Quiero agregar la funcionalidad de la indicación del aislamiento, ojalá en residencias sanitarias a todas las personas, lo cual debe ser gestionado por los delegados de epidemiología o los coordinadores de covid de cada centro de salud, así como un monitoreo mucho más estrecho que un seguimiento, tanto de casos como de contactos. De hecho, ayer se publicó el nuevo manual operativo de trazabilidad y aislamiento, el cual contempla los hitos de visita domiciliaria en aquellas personas que vayan a realizar el aislamiento en su casa, principalmente con el objetivo de evaluar las condiciones de habitabilidad del domicilio y si permiten llevar a cabo las medidas de aislamiento correctamente.

La ampliación de la cobertura de testeo, como ya dije, es salir desde el hospital, del consultorio, a través de laboratorios móviles o centros de muestra a nivel comunitario; también salir a buscar proactivamente a los enfermos en centros de larga estadía y a través de visitas domiciliarias. Ahí tenemos diferentes acciones que estamos realizando muy exitosamente.

Respecto de la trazabilidad y del aislamiento, principalmente la idea es fortalecer la estrategia actual, pero con el fin último de identificar precozmente todos los casos y sus contactos estrechos, para los cual hemos hecho bastantes capacitaciones y fortalecido los equipos, y cumplir adecuadamente todo el proceso, por lo cual cada actor es muy relevante. Por ejemplo, que los médicos, cuando tengan o atiendan a una persona que es caso sospechoso, realicen la notificación en el sistema, con el fin de que la autoridad sanitaria se entere de él, de manera de validar los datos; generar la investigación epidemiológica; coordinar la atención primaria de salud y las visitas domiciliarias, para pesquisar si la persona cumple o no con las condiciones de aislamiento y seguridad en su domicilio; realizar en un ambiente mucho más cómodo y de confianza la identificación de todos los contactos estrechos y, si se requiere trasladar a residencia sanitaria, ojalá generar y gestionar ese traslado de la manera más oportuna posible.

Quiero dejar en el mensaje de que las residencias sanitarias son el mecanismo que tenemos para fortalecer el aislamiento y las cuarentenas; que son gratuitas y que estamos en condiciones, si la demanda así lo exige, de aumentarlas. A nosotros nos gustaría que todas las personas cumplieran sus días

de aislamiento de manera segura, ya sea en hospitales, si la condición clínica del paciente es más crítica, o en una residencia sanitaria, si lo puede hacer. Para eso, en la plataforma Epivigila tenemos un formulario de seguimiento, en el que se registran diariamente todas las actividades: si la persona se contacta; si no se contacta; quién lo hace; si inicia síntomas. Lo más importante es evaluar si la persona está cumpliendo su aislamiento de manera correcta y, por lo tanto, no está exponiendo al resto de las personas a un posible contagio.

En términos generales, hemos aumentado el número de trazadores. Actualmente, tenemos 7.862 personas trazando a lo largo del país. En cuanto a la implementación de la estrategia de búsqueda activa, quiero destacar que hoy día representa el 50 por ciento de los exámenes que se realizan en el país, lo que, a la fecha, nos ha permitido detectar 35.858 personas, casos asintomáticos que no se hubiesen identificados si no fuera a través de este medio. En cuanto a la cantidad de test realizados por búsqueda activa en todas las regiones, está bastante por sobre lo esperado, lo que a nosotros nos parece que es una muy buena noticia. En cuanto al índice de positividad, que debe ser menor al 10 por ciento, como hito 1, todas las regiones están bajo ese porcentaje, excepto la de Magallanes. En regiones, como Aysén, Los Lagos, Los Ríos y La Araucanía, del extremo sur del país, ha habido un leve aumento durante la última semana. En cuanto a la cobertura del testeo de los casos sospechosos, vemos que hay una muy buena cobertura, en términos generales, a lo largo del país.

En cuanto a la oportunidad de la notificación, también se ha ido mejorando, y el monitoreo de estos indicadores nos permite ir dando *feedback* a cada una de las regiones y a los centros de salud de cada una de ellas, con el fin de incentivar la notificación oportuna ante todo caso sospechoso, ya que eso es lo que gatilla las acciones de salud pública. En cuanto al indicador de oportunidad de investigación epidemiológica de los casos, es decir, que la persona se contacte dentro de las 48 horas, se le haga la investigación, se identifiquen sus contactos y se verifique si tiene las condiciones de cumplir el aislamiento oportuno, en términos generales, ha ido aumentando en todas las regiones. Con el aumento del brote en Aysén, y también cuando partió el brote en Magallanes, eso hizo bajar un poco este indicador y actualmente van en franco repunte. Para eso, hemos tenido que realizar acciones, como fomentar y aumentar el número de trazadores, a través del fortalecimiento de los recursos humanos en esa región. En cuanto a la oportunidad de la investigación epidemiológica, el test de los contactos, también, en términos generales, ha ido en aumento en todas las regiones.

La tasa de ocupación de las residencias sanitarias también es variable. A nosotros nos gustaría tener ocupación sobre el 90 por ciento. Ustedes ven que tenemos ofertas disponibles, en general, en casi todas regiones del país. El indicador global de los casos que proviene de contactos estrechos, que debe ser mayor a 60 por ciento, también, en términos generales, hemos venido observando que, de a poco, ha ido aumentando. Cuando hay un brote en Aysén y Magallanes, que es lo normal, se pierde un poco el antecedente al nexo epidemiológico, cuestión que se evidencia, de manera clara, en este indicador. Después, a medida

que se van mejorando la trazabilidad y la oportunidad de la investigación, se vuelve a recuperar ese nexo. ¿Por qué es muy importante esta nueva estrategia? Porque sirve para despejar la incógnita de cuándo tendremos el control de la pandemia. Mientras no exista una vacuna ni un medicamento efectivo, solo lo lograremos cuando tengamos la totalidad de las personas y sus contactos estrechos trazados. Aquí invito a toda la comunidad a ser trazadores y a estar muy conscientes de todas las personas con quienes compartimos los diferentes espacios para combatir la epidemia.

Con respecto a la brecha en el reporte de fallecidos, como señalé en fiscalía, existían criterios para informar a una persona en el reporte público diario, que efectivamente la persona estuviera notificada; eso como primera cosa. Después, una vez cambiado su estado, desde caso sospechoso o notificado a caso confirmado, debía contar adicionalmente con el respaldo de la PCR. Ahora, cuando por algún motivo no se cumplían esos criterios, los sujetos no formaban parte del reporte público. Eso es lo que puedo decir con respecto a la brecha.

Quiero dejar explícitamente establecido que el departamento siempre informó la totalidad de los casos de las personas que tenían PCR positivo, independiente de que hayan estado notificadas o de que habiéndolo estado aún aparecían como sospechosas en el sistema, lo cual genera la diferencia. Respecto de la pregunta de los asesores, desconozco cuál fue su rol en la elaboración de algún tipo de reporte público.

En cuanto a la pregunta de mi salida del Departamento de Epidemiología, en realidad, fui ascendida a jefa de la División de Planificación Sanitaria, por lo que el Departamento de Epidemiología, en el fondo el nuevo jefe de este departamento, igual depende de mí, como también el jefe del DEIS y varios otros departamentos que componen esta división.

Consultada sobre una eventual manipulación de datos, señala que en los informes epidemiológicos consta que se modificó el horario de cortes en algunos informes para emitir, en el fondo, el conteo de los casos reportados en aquellos informes.

3.50.- Representante de la Asamblea Originaria por la Descolonización y la Plurinacionalidad, señor Ariel León Bacián:

Para comenzar, daré una visión más bien general de nuestra organización, que se compone de organizaciones indígenas que van desde Arica hasta Magallanes. Somos aymaras, quechuas, licanantay, colla, kawésqar, mapuche, entre otros pueblos, que estamos unidos en una red de organizaciones y que hemos tomado la bandera de lucha de tratar de que el covid-19 y las políticas públicas tengan un rostro indígena, lo cual, lamentablemente no ha ocurrido aún. El 5 de julio del presente año presentamos una carta al Presidente de la República, solicitando una política especial para pueblos originarios en

relación al covid-19, todo ello de acuerdo a lo previsto en los tratados internacionales y también en la legislación chilena.

En dicha carta hacemos 12 proposiciones, que son las siguientes: 1. Crear con el consenso y participación de las autoridades ancestrales indígenas territoriales, un protocolo especial de atención en salud para indígenas en el contexto del covid-19; 2. Modificar el protocolo de funerales y manejo de cadáveres para compatibilizarlos, y proteger el derecho al buen morir de los pueblos originarios de acuerdo a nuestras tradiciones; 3. Dotar de médicos suficientes e infraestructura médica a territorios lejanos; 4. Visibilizar estadísticamente los contagios de pueblos originarios, desagregando datos por pueblo, territorio, fallecidos, si son urbanos, rurales, etcétera; 5. Respetar medidas de confinamiento y aislamiento y cierre de pueblos o territorios para detener los contagios; 6. Avalar y apoyar, incluso logísticamente, los acuerdos entre autoridades tradicionales, comunidades y entre la población indígena, rural o urbana, respecto de la distribución de alimentos e insumos, derecho a acceder a los territorios para riego, cuidado de animales y cultivo; 7. Crear, con la colaboración de las autoridades territoriales indígenas, residencias sanitarias pertinentes para los pueblos originarios, y una política de acompañamiento y asistencia de indígenas de su territorio y pueblo originario para indígenas; 8. Paralizar las consultas indígenas ambientales y de reglamento y de proyectos de ley durante la pandemia, en orden a lo declarado en la orden 25.1, de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de este año; 9. Desmilitarizar los territorios indígenas; 10. Evitar que las medidas contra la pandemia signifiquen colapso, desincentivo u obstáculo a las actividades tradicionales de los pueblos originarios, como caza, pesca, ganadería, entre otras; 11. Implementar medidas económicas especiales para financiar los planes de desarrollo indígena en cada territorio para el salvataje de las economías locales y, 12. Acceder al petitorio de los presos políticos mapuches y atender los derechos de la población penal indígena, en general, que sufren los riesgos de la pandemia, en condiciones de especial vulnerabilidad. Esa carta la abrimos a la firma de organizaciones indígenas; firmaron alrededor de 300 organizaciones indígenas a nivel nacional.

Recibimos una respuesta de esa carta el 15 de julio, pero esa respuesta era más bien una derivación de la respuesta de esta carta al gabinete del Ministerio de Desarrollo Social, carta de 15 de julio, firmada por el gabinete de Carlos Cruz-Coke Carvallo, director de Gestión Ciudadana de la Presidencia de la República. Al día de hoy no hemos recibido ninguna carta del Ministerio de Desarrollo Social en respuesta a nuestra solicitud.

Por lo tanto, el 31 de julio de este año presentamos una denuncia a Contraloría, solicitando la existencia de estadísticas indígenas en relación al covid-19 y también una política especial. En lo particular, denunciamos a Contraloría que el Estado de Chile no ha levantado datos estadísticos sobre contagios en los pueblos originarios, y que el Estado actúa a ciegas sobre los pueblos, respecto de los cuales tiene un deber de protección especial, en virtud del artículo 5° del Convenio 169, y medidas adecuadas, de acuerdo a lo señalado en el artículo 1°

de la Ley Indígena. No se cuentan nuestros enfermos, no cuentan muertos y, por lo tanto, el Estado no sabe cómo nos está afectando a nosotros como pueblos originarios esta pandemia. Ahí señalábamos también que debemos tolerar que cada día el Minsal informe sobre las estadísticas nacionales, pero sin ningún dato específico sobre nosotros, los que no aparecen siquiera en los informes epidemiológicos.

Aludimos al hecho de que el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, en el documento Consideraciones sobre los Pueblos Indígenas y covid-19, pide a los estados expresamente asegurar la disponibilidad de datos desglosados sobre pueblos indígenas, en particular sobre las tasas de infección, mortalidad, repercusiones económicas, carga de atención y la incidencia de la violencia, incluida la violencia basada en género, pero no solamente los tratados internacionales piden esto, ya que también la legislación chilena expresamente establece el deber de llevar una estadística respecto de los pueblos originarios en esta materia, y así, el decreto exento N° 643, de 30 de octubre de 2016, sustituye la norma técnica sobre estándares de información en salud; está suscrito por la exministra de Salud, doña Carmen Castillo; es un decreto exento vigente. Impone en el parágrafo 4 y 5 que la norma debe ser adoptada obligatoriamente por todos los establecimientos y organismos de salud en el territorio nacional, a fin de lograr que las distintas iniciativas de desarrollo de tales sistemas garanticen la obtención de datos confiables, compartibles e integrados.

Asimismo, en el punto 10.2.4, del mismo decreto que mencioné, que existe el deber del Estado de contemplar expresamente la variable de pueblos originarios y, por lo tanto, cada vez que se informe una enfermedad epidemiológica debe señalarse, es un deber del Estado, la categoría indígena de la persona reportada como enferma, y expresamente alude a que debe señalarse obligatoriamente si esta persona es mapuche, aymara, rapanui, atacameño, quechua, colla, diaguita, kawésqar, yagán.

El documento titulado Orientaciones técnicas, pertinencia cultural de los sistemas de información de salud, variables de pertenencia a pueblos indígenas en los registros y formularios estadísticos del sector salud (publicación del Ministerio de Salud, de agosto de 2018) es el manual de aplicación del decreto exento N° 643, que acabo de citar, en su página 9 señala que la pregunta sobre si un usuario pertenece a un pueblo originario es de carácter universal, lo que significa que debe ser realizada a todas las personas y los establecimientos del territorio nacional y, además, la pregunta debe estar presente en todos los formularios y debe ser formulada en los términos en que aparece, sin interpretaciones y modificaciones. Este formulario lo dice así expresamente.

Finalmente, el artículo 54, de la ley N° 18.575, que es la de Bases Generales de la Administración del Estado, impone, en virtud del principio de probidad, el empleo de medios idóneos de diagnóstico, decisión y control para concretar dentro del orden jurídico una gestión eficiente y eficaz. Si el Estado no

cumple con su propio ordenamiento jurídico, con sus propios decretos y sus propias orientaciones técnicas, es imposible que tengan, por tanto, acciones eficaces para prevenir y combatir el covid-19 respecto de los pueblos originarios.

Por ello, pedimos una fiscalización a la Contraloría General de la República de esta situación. Sumado a ello, el Estado tiene el deber permanente de aplicar una política indígena adecuada a los pueblos originarios, la cual también ha estado completamente ausente. La Ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes del Paciente, que por lo demás está vigente, fue aprobada por el honorable Congreso Nacional. En su artículo 7°, establece la obligación expresa de los prestadores de salud institucionales públicos, en los territorios de alta concentración indígena, a asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios y a recibir una atención en salud por pertinencia cultural, la cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas. Asimismo, la Ley N° 19.937, de 2004, relativa a la Autoridad Sanitaria y Distintas Modalidad de Gestión, en su artículo 4° establece que el Ministerio de Salud tendrá, entre otras, la función establecida en el N° 16, que señala; “Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas de alta concentración indígena.”. Por su parte, el artículo 21 del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud de 2005 dispone expresamente que el Ministerio de Salud tiene, entre sus funciones, formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud. En el artículo 8°, letra e), de la misma norma se establece que el director del servicio deberá programar, ejecutar y evaluar, en conjunto con los integrantes de la red y con la participación de representantes de comunidades, estrategias, planes y actividades que incorporen el modelo de atención en los programas de salud y el enfoque intercultural en salud.

De esto no se ha visto nada. Esa es la razón por la cual presentamos esta denuncia ante la Contraloría General de la República, solicitando una fiscalización y un dictamen para efectos de que en los próximos rebrotes no exista esta falencia, esta omisión crasa, absolutamente ilegal en el Estado por no contar con estadísticas respecto de los pueblos originarios, ni con políticas especiales, a las cuales la ley tanto en la estadística como en la política especial los obliga de manera expresa. Nos parece un abandono de funciones intolerable y que está conduciendo a la muerte de muchos hermanos.

A ese respecto, el seremi de Salud de Arica y Parinacota señaló en algún momento que más del 50 por ciento de los contagiados de la región eran de pueblos originarios. Posteriormente, cuando los periodistas le insistieron en si reafirmaba la estadística, obviamente se desdijo, pidió disculpas, se retractó. Al seremi de Salud de Tarapacá también se le preguntó sobre la cantidad de personas de pueblos originarios enfermos, ante lo cual indicó que todos eran iguales ante la ley y que no se haría ninguna excepción, lo cual nos parece absolutamente insólito, a la luz de las normas expresas que acabamos de citar. Cabe señalar que esto no solo se verifica en materia de Salud, puesto que la

pandemia ha dado lugar a un montón de abusos en contra de los pueblos originarios. Cabe consignar las denuncias del Observatorio Latinoamericano de Conflictos Ambientales, que señala que, de marzo a julio del presente año, aumentaron en más de 500 por ciento la presentación de megaproyectos en el Servicio de Evaluación Ambiental (SEA) en territorios indígenas. Por lo tanto, no se podían hacer las consultas indígenas en ese momento o se trataron de hacer de muy mala manera.

El 13 de julio de este año, tuvimos que presentar un recurso de protección en contra del Ministerio de Energía, porque comenzó a aplicar un proceso participativo a través de teléfonos celulares en contra del pueblo Pehuenche en el Alto Biobío. Eso fue verificado en los días en que Alto Biobío era la comuna con más contagiados en la región. Presentamos ese recurso de protección y lo ganamos.

El 25 de septiembre pasado, la Corte de Apelaciones de Concepción acreditó la ilegalidad del proceso de participación ciudadana, declaró suspendida la convocatoria de este proceso participativo que involucró llamados a los pueblos originarios por aparatos telefónicos celulares y le ordenó al Ministerio de Energía realizar una consulta indígena. Sin embargo, a través del Consejo de Defensa del Estado, dicho Ministerio apeló la resolución, y evidentemente vamos a esperar el fallo de la Corte Suprema, que esperamos que también sea positivo.

En verdad, la pandemia ha sido motivo, causa, excusa y justificación para tolerar las mayores violaciones y violencia, tanto por acción como por omisión, hacia los pueblos originarios. Es decir, como que la pandemia justifica la presencia de militares en nuestros territorios, prohibirles a los comuneros, todo.

Tenemos una denuncia de los hermanos quechua, la cual fue informada por la presidenta de la comunidad de Ollagüe, señora Thelma Ramos, que señala: “No me dejan entrar a mi territorio los militares. No podemos entregar las ayudas sociales que nosotros tradicionalmente les entregamos a personas indígenas de la tercera edad, personas postradas, personas que no se pueden mover, que no pueden regar sus plantaciones.” También hemos recibido denuncias de abuelos indígenas nuestros, de *huichas,* personas de la tercera edad que en este momento se encuentran en residencias sanitarias sin poder hablar, puesto que no saben el idioma español. Las residencias sanitarias en Tarapacá no tienen pertenencia […] una bandera indígena […] por ahí, algunos colores o motivos que puedan poner en un cuadro o en algún lugar. Pero no hay pertenencia absoluta de salud indígena para las personas afectadas por covid-19 en los territorios.

Pedimos que, en primer lugar, no puede haber un nuevo rebrote de covid-19 o de otra enfermedad pandémica como esta sin estadísticas especiales para pueblos originarios. Tampoco podemos tener una nueva pandemia sin una política especial del Estado para los pueblos originarios en materia de salud, como lo ordenan la ley y los reglamentos. Asimismo, solicitamos oficiar a la Contraloría General de la República, a efectos de que emita un pronunciamiento sobre por

qué no se cumple esta situación, si es ley expresa, ley interna, ley chilena. No más racismo institucional. Creemos que existe un racismo institucional por parte del Estado al no considerarnos y omitir. Nosotros leímos lo concerniente al Epivigila, y lo citamos en la denuncia ante la Contraloría. Aparece expresamente una pestaña del sistema Epivigila para agregar la pertenencia del afectado, o del infectado o de la persona enferma, es decir, si pertenece o no a pueblos originarios, pero no se llena.

También hemos hecho encuestas, para lo cual nos valemos de la información que nos surtió la antropóloga señora Malva Marina Pedrero, quien vive en la Región de Arica y Parinacota y trabaja para la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Ella es de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Nos señalaba que la encuesta que había hecho era que el sistema Epivigila, en materia de pueblos originarios, no servía porque nadie lo llenaba. De modo que no hay fiscalización por parte de las autoridades de Salud para surtir de esa información.

En la estrategia de búsqueda activa, no había ninguna mención a los pueblos originarios. Esta situación nos indigna y nos va a obligar a demandar**.** Somos buenos para eso**,** pero evidentemente no nos gusta hacerlo. No estamos demandando porque sí, o porque nos place o porque este gobierno sea de alguna tendencia política, en lo absoluto, sino que lo hacemos en defensa de nuestros derechos.

3.51.- Presidente de la Asociación de Agricultores Lay Lay, de Calama, señor Esteban Araya Toroco:

Soy dirigente indígena atacameño, Likan Antai, de la Segunda Región. Vivo en Calama, y nos extraña mucho que dentro de las estadísticas, y no estemos para el Estado chileno. Lamentablemente, la mayoría de los pueblos no aparecemos en la estadística, sobre todo de la enfermedad covid-19. Tampoco hay una estadística de las personas que fallecieron en nuestro territorio.

Quiero contarles que en Calama la cuarentena se inició tarde. Estaba viendo las autoridades ya sabían en enero, febrero, que estaba la covid-19 en Chile, y no tomaron los resguardos y debieron haberlos tomados. O sea, el cierre de la frontera no se hizo a tiempo, el cierre, sobre todo acá, en la Segunda Región, el mineral siguió funcionando; había 30 vuelos diarios, la mayoría de la gente contaminada viajaba desde Santiago a Calama, de Concepción y de otras regiones.

Tampoco se cerró acá, no hubo trazabilidad desde el principio. No había asistencia hospitalaria, nunca hubo. En los pueblos, sobre todo en el Alto El Loa y San Pedro de Atacama, no hay hospital. Funcionan solamente postas rurales y ni siquiera atiende un doctor; son paramédicos los que atienden. Se cerró para que no pudiera entrar más gente contaminada gracias a los hermanos que empezaron a tomar resguardo de su gente, sobre todo en San Pedro de Atacama,

en Ayquina, en Toconce, en Caspana. Empezaron a cerrar ellos mismos y sin dejar entrar a las personas de la ciudad, sobre todo de Calama, que iban con la contaminación. Desde el principio no se hizo trazabilidad.

Al hospital de Calama no llegaron los recursos a tiempo. Recién ahora, en agosto, septiembre, octubre, están llegando los recursos, en circunstancias de que en febrero se habían comprometido algunos recursos para implementar los hospitales con todo lo que significaba hacer el estudio y la trazabilidad. Nunca se hizo, todo fue a destiempo.

En el caso de la minería, el caso de Codelco, nunca cerraron las faenas. Codelco siguió funcionando ciento por ciento, nunca se cerraron las faenas. Cuando hubo más muertes, sobre todo en Calama, si no me equivoco en mayo y junio, cuando hubo más muertes, sobre todo acá en la ciudad, ni siquiera tenían implementados en los hospitales los recursos y cómo tratar a la gente contaminada. Para el estudio epidemiológico se demoraban 40 días en notificar a las personas. Y esos exámenes se mandaban directo a Santiago, ni siquiera se hacían en la región. A la gente se le notificaba después de 40, 50 o 60 días, cuando muchas personas ya habían fallecido, y nunca le notificaron. Mucha gente, sobre todo de Calama, fue trasladada a otras regiones, a Santiago, a Concepción. ¿Qué dijo el Ministerio de Salud? Dijeron que iban a devolver a esas personas y que iban a venir con todos los gastos pagados. Los hermanos tuvieron que tratar de conseguir dinero para trasladar a esa gente fallecida y darles sepultura acá, en el lugar de origen.

Estoy con Asodeplu, Asamblea Originaria por la Descolonización y la Plurinacionalidad, estamos organizados con nuestros hermanos, y nos interesa que se lleve una estadística de las personas que están con covid-19, y también la estadística de todas las personas que han fallecido. Además, vamos a seguir tomando acciones, como lo hemos seguido haciendo.

El aeropuerto se cerró recién en junio-julio para que no llegaran más vuelos. Llegaban 30 o 35 vuelos diarios a Calama, con gente que se trasladaba para trabajar en la minería. Ahora Codelco cerró los vuelos, pero llegan a Antofagasta, por eso es que hay más gente contaminada en Antofagasta, porque los vuelos llegan directo a Antofagasta; llegan directo a Iquique, y se trasladan en bus hacia la minería. Para hacer la trazabilidad Codelco implementó un sistema que demora 10 o 15 días para las notificaciones. Pero eso fue a destiempo. Mucha gente murió en Calama. Fue una de las zonas donde murió más gente porque no se hizo cuando correspondía el cierre de las faenas mineras, y de hecho siguen funcionando.

Mucha gente murió acá también por la contaminación que hay en esta zona, porque Calama está declarada como una zona saturada con MP10, MP2,5; es cáncer. De hecho, ahora estamos en una segunda etapa, pero gracias a Dios que han bajado los índices de contaminación. Como dije, todo fue a destiempo; de hecho, recién están llegando los recursos que se habían comprometido

anteriormente. Ojalá que en esta estadística estemos incluidos todos los pueblos originarios y que nuestra gente pueda tener una mejor atención en salud.

III.- ASISTENCIA DE LOS DIPUTADOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN.

La Comisión, en su última sesión celebrada (26ª), acordó incorporar en su informe un registro de la asistencia de sus diputados integrantes, lo que se transcribe a continuación:

Sesión	Fecha	Asistentes
1ª	02 / junio	•Álvaro Carter •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •María José Hoffmann •Carolina Marzán (reemplaza a Ricardo Celis) •Jaime Mulet (reemplaza a Giorgio Jackson) •Luis Rocafull •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Leonardo Soto (reemplaza a Juan Santana) •Víctor Torres •Osvaldo Urrutia •Camila Vallejo
2ª	11 / junio	•Sandra Amar •Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Leonardo Soto •Víctor Torres •Camila Vallejo
3ª	18 / junio	•Sandra Amar •Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet

		•Diego Schalper •Leonardo Soto •Víctor Torres •Camila Vallejo
4ª	22 / junio	•Sandra Amar •Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Leonardo Soto •Víctor Torres •Camila Vallejo
5ª	25 / junio	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Leonardo Soto •Víctor Torres •Osvaldo Urrutia •Camila Vallejo
6ª	02 / julio	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Leonardo Soto •Víctor Torres •Camila Vallejo
7ª	06 / julio	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren

		•Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Leonardo Soto •Víctor Torres
8ª	09 / julio	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Leonardo Soto •Víctor Torres •Camila Vallejo
9ª	13 / julio	•Juan Luis Castro •Loreto Carvajal (reemplaza a Ricardo Celis) •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Leonardo Soto •Víctor Torres •Enrique Van Rysselberghe (reemplaza a Osvaldo Urrutia) •Camila Vallejo
10ª	20 / julio	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Leonardo Soto •Víctor Torres •Camila Vallejo
11ª	03 / agosto	•Sergio Gahona (reemplaza a Pedro Pablo Álvarez-Salamanca) •Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis

		•Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Leopoldo Pérez (reemplaza a Diego Schalper) •Leonardo Soto •Víctor Torres
12ª	06 / agosto	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Diego Schalper •Víctor Torres •Camila Vallejo
13ª	10 / agosto	•Sergio Gahona (reemplaza a Pedro Pablo Álvarez-Salamanca) •Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Marcela Hernando •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Leonardo Soto •Víctor Torres •Camila Vallejo
14ª	13 / agosto	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Diego Schalper •Víctor Torres •Camila Vallejo
15ª	17 / agosto	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Osvaldo Urrutia

16ª	20 / agosto	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Víctor Torres
17ª	31 / agosto	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Leonardo Soto •Víctor Torres
18ª	03 / septiembre	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Marcela Hernando •Víctor Torres •Osvaldo Urrutia
19ª	21 / septiembre	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Víctor Torres
20ª	28 / septiembre	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Manuel Monsalve (reemplaza a Leonardo Soto)
21ª	01 / octubre	**Fracasada** por falta de quórum A la hora de inicio solo se encontraban presentes: •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Jaime Mulet

22ª	05 / octubre	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Víctor Torres •Camila Vallejo
23ª	08 / octubre	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Víctor Torres •Camila Vallejo
24ª	26 / octubre	•Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Diego Schalper •Leonardo Soto •Víctor Torres
25ª	29 / octubre	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Víctor Torres •Camila Vallejo
26a	02 / noviembre	•Nino Baltolu •Juan Luis Castro •Ricardo Celis •Francisco Eguiguren •Marcela Hernando •Jaime Mulet •Frank Sauerbaum •Jorge Rathgeb (reemplaza a Diego Schalper)

		•Leonardo Soto •Víctor Torres •Camila Vallejo

IV.- CONCLUSIONES RECHAZADAS POR LA COMISIÓN.

En las sesiones 24ª, 25ª y 26ª la Comisión conoció y discutió las propuestas de conclusiones presentadas por algunos miembros de la Comisión.

En este sentido, la propuesta de conclusiones elaborada por la diputada señora Sandra Amar y por los diputados señores Nino Baltolu, Francisco Eguiguren, Frank Sauerbaum, Diego Schalper y Osvaldo Urrutia fue **rechazada** en la sesión 26ª, al obtener 4 votos de los diputados señores Nino Baltolu, Francisco Eguiguren, Frank Sauerbaum y Jorge Rathgeb (en reemplazo del diputado señor Diego Schalper).

El texto de la propuesta de conclusiones rechazadas es el siguiente:

“El día 31 de diciembre cambió el mundo con el registro del primer caso de contagio de Covid – 19, y aunque el 03 de marzo se registró el primer caso en Chile, el Presidente de la República decretó la Alerta Sanitaria el día 04 de febrero – un mes antes.

La gestión del Ministerio de Salud y de ambas Subsecretarías comenzó semanas antes de que se confirmara el primer caso en el país, actuando con mucha anticipación, observando las estrategias de países que ya estaban sufriendo del virus, y poniendo atención a las recomendaciones que la OMS proponía.

Es muy importante recordar que durante los primeros meses de este año no se tenía acabado conocimiento del virus y sus consecuencias, se tenían algunas nociones de formas de contagio y otras pocas de técnicas y tratamientos que salvaran vidas. Durante los primeros meses del año se discutía la utilidad del uso de mascarillas, se debatía el uso clínico de Hidroxicloroquina para el tratamiento de personas contagiadas con Covid – 19, y había muy pocas certezas en el mundo científico sobre cómo reaccionar desde la autoridad, los organismos internacionales y en sociedad. Lo poco que estaba claro, tenía relación con las características de la infección propiamente tal y en relación a aquello, la necesidad de hospitalizar y apoyar con ventilación mecánica a los pacientes.

Es en ese contexto que durante los primeros meses del año, la estrategia del Ministerio de Salud se enfocó en las certezas que se tenían, fortaleciendo la red asistencial en todo sentido posible: Entrega anticipada de Hospitales, aumento en el número de camas, compra de ventiladores mecánicos; aumento en la dotación de personal – tanto profesional y técnico como administrativo – para atender la gran cantidad de pacientes contagiados.

Lo que se lista a continuación – reflejado en las cifras de camas nuevas, en la compra de Elementos de Protección Personal, y en la adquisición de cánulas de alto flujo, por mencionar solo algunas de las medidas – es el reconocimiento de una buena gestión por parte del Ministerio de Salud.

Plan de Acción COVID-19: Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Antecedentes:

- El 31 de diciembre de 2019 la Organización Mundial de Salud (OMS) en China informó sobre el primer caso de Coronavirus en ese país.
- El 7 de enero 2020 las autoridades chinas lo identifican como un nuevo virus.
- A contar del día 22 de enero, se establecieron los ejes de actuación del Ministerio de Salud en torno a la propagación del nuevo virus SARS-CoV-2: vigilancia epidemiológica, notificación e investigación, manejo de contactos, viajeros, refuerzo de la red de vigilancia, entre otros. Difundido a través de Oficio CP Nº 1553/2020 a los Directores de Servicios de Salud y Directores de Hospitales, solicitando su más amplia difusión.
- El 24 de enero la Directora Panamericana de la Organización Mundial de la Salud advierte la posibilidad de que este virus llegue a la región.
- El 30 de enero el Director General de la Organización Mundial de la Salud declaró que el Coronavirus constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).
- El 11 de marzo del 2020 la OMS declara el coronavirus como pandemia global.
- El 4 de febrero el Presidente de la República decreta Alerta Sanitaria mediante el Decreto N°4.
- El 3 de marzo se identifica el primer caso de COVID-19 en Chile.
- De esta forma, pusimos en marcha el Plan de Acción COVID-19, llevando a cabo medidas que contribuyen al reforzamiento y capacitación de la Red de Salud mediante la compra y distribución de elementos de protección personal y distintos equipamientos; la implementación de una estrategia testeo masivo por COVID-19, junto con la ampliación de la capacidad de laboratorios para el análisis de muestras; y la puesta en marcha anticipada de hospitales.
- Actualmente la estrategia del Plan de Acción COVID-19 del Gobierno de Chile se centra en estos ejes: Testeo masivo para confirmación de diagnóstico, el aislamiento y trazabilidad efectiva de los casos positivos y refuerzo de la capacidad asistencial, particularmente mediante el aumento de camas críticas.
- Estos esfuerzos nos han permitido fortalecer nuestro sistema de salud, duplicando nuestras camas UCI en la Red Integrada Covid-19 y logrando que a nivel Latinoamericano tengamos la mayor cantidad de testeos por millón de habitantes, con una de las menores tasas de letalidad.

I.**Aporte Esencial de los Funcionarios de la Salud:**

1.**Capacitaciones:**

- Con la finalidad de colaborar en el trabajo diario de nuestro personal de salud y en su formación respecto de la enfermedad del COVID-19 y Cuidados Críticos, se han creado diversos planes de capacitación obteniendo los siguientes resultados:
- Capacitados por Servicios de Salud en protocolos COVID-19: 28.721.
- Capacitados en Curso de Precauciones Estándares para Profesionales de la Salud: 46.583.
- Se constituyó una Célula de Intensivistas con profesionales expertos en paciente crítico, con los siguientes resultados:
- Más de 80.676 conexiones vía zoom, a intensivistas, anestesistas y APS.

2.Simulacros:

- De igual forma, orientados a reforzar los protocolos de atención de casos sospechosos de COVID-19, la Subsecretaría instruyó la realización de un "Simulacro de Atención Coronavirus", cuyos principales logros fueron:
- Simulacros en las 16 regiones del país.
- Un total de 26 simulacros.

3.Incorporación de Funcionarios:

- Para fortalecer la red asistencial y poder otorgar una atención de calidad a todos los que lo requirieran, se han fortalecidos nuestros hospitales y centros APS con profesionales de la salud:
- 12.454 contrataciones de médicos, enfermeras, kinesiólogos y técnicos.
- Reclutados a través del programa Yo Sirvo a Mi país en la Emergencia.
- Traslado de personal de salud a distintas regiones del país, para fortalecer los lugares más afectados por la pandemia.

4.Trabajo con Gremios y miembros de la Sociedad Civil:

- Debido a la necesidad de contar con la colaboración de la sociedad civil en la batalla contra esta pandemia, desde el mes de febrero se han realizado reuniones periódicas con distintos gremios nacionales de la salud a través de video conferencia. En estas reuniones se han planteado alrededor de 17 problemáticas, en donde 13 de ellas se encuentran solucionadas.
- Asimismo, se llevaron a cabo encuentros de participación ciudadana junto a dirigentes y distintos miembros de la sociedad civil en relación al Plan Paso a Paso en donde se contactaron a más de 1.500 dirigentes a lo largo de Chile.

II.Fortalecimiento de la Red Asistencial:

- El año 2019 se contaba con 640 camas en la Red Pública y 574 Privadas
- Era esencial favorecer la reconversión y complejización de camas para otorgarle la atención oportuna a todos los pacientes que lo pudieran necesitar.
- Frente a la situación anterior, establecimos distintos pilares de trabajo para fortalecer nuestra Red Asistencial:

1. **Fortalecimiento de la Red Pública de Salud:** Con la finalidad de responder de forma eficaz a la fuerte demanda de camas por el COVID-19 en el sistema público de salud, se han llevado a cabo diversas estrategias de apertura y complejización de camas públicas.

1.1. Adelantamiento de 5 Hospitales: Total: 1.746 camas.

1.2. Instalación de Hospitales Modulares: 500 camas adicionales.

1.3. Centro Hospitalario Huechuraba: Más de 700 egresos hospitalarios en 4 meses de trabajo.

1.4. Hospital Metropolitano:

- 300 camas adicionales.
- 46 camas UCI habitables.
- 254 camas medias habitables.

1.5. Incorporación de Ventiladores Mecánicos a la Red Asistencial:

- Con la finalidad de anticiparse a las consecuencias del COVID-19 y así poder otorgar una atención eficaz a cada persona que lo requiriera, el Ministerio de Salud ha realizado la adquisición temprana de 1.972 ventiladores mecánicos por COVID-19.
- Así mismo, se llevó a cabo la adquisición de ventiladores mecánicos por "Reposición", esto es, las compras de estos equipos, proyectadas en el Plan Nacional de Inversiones para el año 2020. Estas compras, respondieron a los criterios de reposición de equipamiento médico, según vida útil y estado actual del equipo en cada uno de los establecimientos públicos de salud.
  - 52 ventiladores de transporte.
  - 78 ventiladores invasivos.
  - 96 ventiladores mecánicos no invasivos.
- Igualmente, mediante la colaboración público-privado se han incorporado 515 ventiladores mecánicos en el contexto de la pandemia**.**
- En 5 meses aumentó en 203% la disponibilidad de camas UCI en el sistema público.

2. Red Integrada COVID-19:

- El 24 de Marzo Mediante el Decreto N°10 se dispuso la creación de la Red Integrada COVID-19.
- El 1 de abril entra en vigencia la Resolución Exenta N°156 en el cual se establece que la Subsecretaría de Redes Asistenciales pasa a coordinar todos los recintos asistenciales del país, tanto públicos como privados.
- Esto da la posibilidad de hospitalizar a un paciente, en un hospital o en una clínica, independiente de su previsión, de acuerdo a la necesidad.

2.1. Complejización de Camas Privadas: A través de la Resolución Exenta N° 356 del 18 de mayo del 2020, se instruyó a los prestadores privados de salud aumentar su capacidad de camas UCI:

- 20% en 5 días.
- 100% en 28 días.
- 1.274 Aporte Máximo de camas privadas UCI a la Red Integrada COVID-19

Hasta el día de hoy en nuestro país, a ningún paciente le ha faltado la atención de salud requerida debido al Coronavirus.

3.Aumento de Camas Ventiladas:

- •Mediante el Ord. N° 1460 se instruye la utilización de diferentes equipos para el aumento de las camas ventiladas:
- oComplejización de Camas UCI Adulto con Ventiladores de uso dual, pediátrico y neonatal según corresponde.
- oUso de Máquinas de Anestesia en Pabellones y Recuperaciones Post Operatorias.
- oUso de Ventiladores modelos Triogy con válvulas de espiración: PAP Activas, para su uso en pacientes en fase estable con ventilación mecánica y en weaning
- oUso de camas UCI pediátricas con personal de estas unidades en Hospitales Generales de Adultos para ventilar pacientes adultos, según protocolos.
- oUso de Cánulas de Alto Flujo en Unidades de Emergencia, como en camas de Cuidados Intermedios en forma precoz, para disminuir entrada de pacientes a Ventilación Mecánica.
- oAmpliación de la oferta de Camas UCI adultos en Unidades de Emergencia en donde se puedan habilitar.

3.3. Ventiladores mecánicos no invasivos:

- •465 adquiridos entre duales y aquellos usados en pacientes en fase estable de ventilación mecánica y en weaning.

3.2. Utilización de Máquinas de Anestesia:

- El 2 de abril mediante la Resolución Exenta N° 158, instruimos el uso excepcional de máquinas de anestesia como ventilador mecánico para el manejo de pacientes con COVID-19 y se aprueba el protocolo de manejo clínico para estos efectos.
- El protocolo fue realizado por la Sociedad Anestesiología de Chile y la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva.
- **3.3. Adquisición de Cánulas de Alto Flujo y Cascos C-PAP:**
- 1.225 Canulas de Alto Flujo y 400 cascos C-PAP.
- La relevancia de lo anterior es que técnicamente se utilizan con gran tolerancia en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda con COVID-19 y permiten tratar, mantener y retardar la conexión a ventilador invasivo.
- Disminuyó en 40% el requerimiento de ventilación mecánico-invasiva de un paciente con insuficiencia respiratoria grave.
- Se acortó el periodo de tratamiento y permitió que los periodos previos y posteriores a la aplicación de ventilación mecánica invasiva fueron más llevaderos para los pacientes, disminuyendo las molestias que ocasionaba el tratamiento.
- Es preciso señalar, que en marzo 2020 se contaba con un total de 1.229 camas ventiladas. Gracias a estas medidas y al personal de salud se puedo alcanzar un máximo de 5.320.

4. **Acceso a la Red Integrada Covid-19 en todo Chile:** La Subsecretaría de Redes Asistenciales, por medio de la UGCC, tiene la facultad de monitorear la oferta y demanda de camas críticas del sistema público y privado. Lo anterior, con las siguientes atribuciones:
   - Derivación de pacientes en base a la utilización de camas críticas.
   - Traslado de ventiladores mecánicos.
   - Traslado de profesionales de la salud de Unidades de Cuidad
   - La distribución permitió contar oportunamente con estos equipos y efectuar rápidamente los procesos de complejización de camas, para hacer frente eficazmente a la pandemia, y por otra parte, posibilitó la disponibilidad de camas UCI en todo el país.
   - Entre marzo y septiembre se han 8.158 Derivaciones y 519 Derivaciones interregionales COVID-19.
5. **Capacidad Máxima de Camas Críticas en 5 días:**
   - •Mediante Resolución Exenta N° 471 del 06-08-2020, se dispusieron las condiciones para la reconversión de camas con ventilación mecánica invasiva a camas de menor complejidad.
   - •El protocolo establece la reconversión de camas descomplejizadas, a camas con ventilación mecánica invasiva, en caso de requerirlo la demanda asistencial o la instrucción de la autoridad, en un plazo máximo de 5 días corridos.
   - •Esto significa que los establecimientos vuelvan a disponibilizar la máxima capacidad de camas intensivas informadas en el plazo anteriormente establecido.
   - •Se instruyó a toda la Red Integrada COVID-19 alcanzar, en un plazo de 5 días, la máxima capacidad de camas críticas que hayan registrado, en caso de ser necesario
6. **Test Pcr Y Laboratorios Con Análisis De Muestra:** La Subsecretaría de Redes Asistenciales, en un trabajo conjunto con diversos laboratorios, ha logrado pasar de tener 6 laboratorios en el mes de febrero a más de 100 en el mes de agosto, para el análisis de muestras de PCR, conjuntamente con el aumento progresivo de toma de exámenes, logrando ser el país con mayor cantidad de Test por millón de habitantes en Latinoamérica.
7. **Entrega de Elementos de Protección Personal:** Por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales se ha hecho entrega de diversos Elementos de Protección Personal a lo largo de todo el país por medio de los distintos Servicios de Salud, para así favorecer las condiciones en que trabaja nuestro personal de salud en la batalla frente al COVID-19.

8. **Test PCR y Laboratorios con Análisis de Muestra:** La Subsecretaría de Redes Asistenciales, en un trabajo conjunto con diversos laboratorios, ha logrado pasar de tener 6 laboratorios en el mes de febrero a más de 100 en el mes de septiembre, para el análisis de muestras de PCR, conjuntamente con el aumento progresivo de toma de exámenes, logrando ser el país con mayor cantidad de Test por millón de habitantes en Latinoamérica.

III. **Fortalecimiento de la Red de Atención Primaria de Salud:** La Subsecretaría de Redes Asistenciales elaboró el "Plan De Reforzamiento Extraordinario en Contexto de Pandemia". Las principales acciones que se están llevando a cabo son:

•Reforzar la Atención Domiciliaria, conformando equipos para realizar atenciones en contexto de contingencia por COVID-19, reforzando la actual actividad que se desarrolla en la APS.

•Acrecentar la Hospitalización Domiciliaria, ya que constituye una alternativa adecuada en situaciones en las que el ingreso hospitalario sea inviable. Se han conseguido los siguientes resultados:

•Fortalecer la capacidad resolutiva APS, reforzando con recurso humano a los equipos de que se des- empeñan en los SAR, SAPU, CESFAM y PSR, contando con médico, enfermera, kinesiólogo y TENS en cada CESFAM del país. Con 44 horas semanales cada uno.

•Coordinación permanente con Alcaldes.

- Apertura anticipada de 16 establecimientos.
- Entrega de medicamentos a domicilio.

•Con la finalidad de preparar el ingreso a urgencias de pacientes con síntomas de COVID-19, y así lograr una atención más expedita y efectiva, se establecieron las siguientes instrucciones en la Resolución Exenta N°156 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales:

•La atención de pacientes en urgencia debe separarse entre aquellos con síntomas respiratorios y/o fiebre, de aquellos pacientes no respiratorios.

•Mantener flujos separados de atención durante todo el proceso de urgencia para pacientes con síntomas de aquellos que no presentan síntomas de COVID-19.

•Establecer módulos de espera separados, incorporando para este efecto a un médico como punto inicial de contacto con los usuarios.

IV. **Egresos Hospitalarios:**

- Desde el primer paciente confirmado por Coronavirus en Chile, se registran más de 40 mil altas médicas, lo que ha sido mérito del gran trabajo que han realizado los funcionarios de la salud para aumentar la capacidad de la red hospitalaria y así poder darle una atención de calidad a los pacientes.
- Todos estos esfuerzos nos permitirán seguir entregando una atención oportuna, digna y de calidad a todos nuestros compatriotas.

CONCLUSIONES.

El Covid – 19 ha golpeado en todo el mundo. Distintos resultados se han registrado en el globo, incluso entre países que adoptaron estrategias similares; hemos visto enormes cifras de contagiados y fallecidos en países con economías desarrolladas y en otros en vías de desarrollo. Se ha probado que no hay fórmulas infalibles para sortear los efectos del virus. Aún el día de hoy, ya sabiendo cada día un poco más del Covid - 19, hay países que están sufriendo rebrotes que traen más sufrimiento que en la "primera ola", así como otros que

muestran resultados más alentadores en comparación con los primeros meses del año.

La gestión del Ministerio de Salud y de ambas Subsecretarías fue acertada al enfocarse tempranamente en lo que se sabía, en las pocas certezas que existían a nivel global. En un principio, de lo poco que estaba medianamente claro era lo relacionado a las características de la infección propiamente tal y así las directrices de cómo entregar tratamiento para salvar vidas. Es en ese contexto que la estrategia del Ministerio de Salud se enfocó en la detección temprana, decretandose desde el día 24 de enero de 2020, el Decreto Nº7 del Ministerio de Salud, que aprobó el Reglamento sobre notificación de enfermades Transmisibles y la Declaración obligatoria para su vigilancia, el fortalecimiento de la red definido ya en los ejes de actuación comunicados desde el día 22 de enero de 2020, el cual propulsó la necesidad de fusionar la red privada y exigir un aumento de camas complejas, acompañado de adquirir los insumos necesarios, equipos y – lo más importante – profesionales y técnicos que supieran operarlos para así entregar tratamiento a todo el que lo necesitara.

La estrategia que desde el principio se tomó desde el Ministerio de Salud siempre tuvo las mejores intenciones al enfocarse en salvar lo más importante, que es la vida de todos los chilenos y chilenas; y por lo mismo es que fue dirigida hacia el aprovisionamiento de la red y la garantía de que todo quien necesitara hospitalización y tratamiento lo iba a obtener. Así como la detección temprana del virus, a través del fortalecimiento de la red de laboratorios, que fue capaz de agilizar el procesamiento de datos. Así es que en Chile, gracias a esa gestión, nunca llegamos a la lamentable situación de tener que elegir por alguien en un dilema de la última cama.

Hubo una enorme preparación previa a la llegada de los primeros casos al país. Se capacitaron miles de técnicos y profesionales de la salud, realizándose otras decenas de simulacros. También, ante el conocimiento de que la red se vería muy exigida, se contrataron más profesionales y técnicos para poder operar dentro de esta red unificada, con centros públicos y privados juntos al servicio de todo el país. En ese sentido, se adelantaron 5 hospitales para incorporarlos a la red, junto con los Hospitales modulares y la instalación del Centro Hospitalario Huechuraba; y no se debe olvidar que al Ex Ministro no le tembló la mano al exigir a las clínicas privadas la expansión de su número de camas críticas.

Ya con más antecedentes sobre el virus, el enfoque de fortalecer la red asistencial es igual de importante que antes, pero con esa arista más resuelta se pueden asignar más recursos a otras estrategias. Así es como en el tiempo se ha ido ajustando el uso de los recursos hacia las necesidades del momento y en el segundo trimestre la estrategia incluyó fortalecer también la línea de pesquisa, trazabilidad y aislamiento. Desde esa perspectiva, la cantidad de test PCR – sobrepasando los 4 millones de registros – y la aumentada cantidad de laboratorios capaces de procesarlos, son reflejo de la gestión del Gobierno en el intento de reducir los efectos de la pandemia en el país, lo cual ha sido destacado

internacionalmente, pues nos ha situado como uno de los países con la tasa de mortalidad más baja, dentro de América Latina.”.

V.- CONCLUSIONES APROBADAS POR LA COMISIÓN.

Por su parte, las diputadas señoras Marcela Hernando y Camila Vallejo, y los diputados señores Juan Luis Castro, Ricardo Celis y Jaime Mulet (Presidente de la Comisión), presentaron una propuesta de conclusiones que en la sesión 26ª fue **aprobada** con 7 votos favorables de las diputadas señoras Marcela Hernando y Camila Vallejo, y de los diputados señores Juan Luis Castro, Ricardo Celis, Jaime Mulet, Leonardo Soto y Víctor Torres.

El texto de las conclusiones aprobadas es el siguiente:

“Resumen ejecutivo de conclusiones

I. Etapa de preparación, ingreso del virus al país, “Nueva Normalidad”

1.El gobierno se enfocó de manera primordial en la situación hospitalaria, descuidando gravemente la propagación de la pandemia. La estrategia inicial del Gobierno consistió en un reforzamiento del sistema de salud para atender las situaciones más críticas de contagio, lo cual es valorado como necesario, pero no fue suficiente para el control de la pandemia, descuidándose los indicadores de reproducción del virus. El gobierno optó por no considerar durante meses a las recomendaciones de distintas agrupaciones de expertos, tendientes a la implementación de políticas públicas que evitaren la propagación del COVID-19.

2.La toma de decisiones por parte del gobierno careció de receptividad de ideas por parte de científicos, médicos, asociaciones gremiales, estadísticos, profesionales de la salud y, en definitiva, de la participación ciudadana que requería el manejo de esta pandemia. El gobierno adoptó tardíamente otras medidas que, a pesar de haber sido requeridas por científicos, asociaciones gremiales, la sociedad civil, centros de estudios, y profesionales de la salud, tardaron meses en ser tenidas en consideración y, en definitiva, implementadas.

3.La implementación de las denominadas “cuarentenas dinámicas” por parte del ex Ministro de Salud Jaime Mañalich no respondieron a criterios epidemiológicos claros, ni tuvieron como motivación la detención de la propagación del virus en Chile

4.A la fecha en que el gobierno comenzó a utilizar la expresión “Nueva Normalidad”, no existía un nivel razonable de trazabilidad, por cuanto, a juicio de esta Comisión no bastaba mantener una supuesta “meseta” de contagios en el país para llamar a la reactivación económica.

5.La Comisión estima que el gobierno tuvo una serie de desaciertos comunicacionales, los cuales no sólo manifestaban una prepotencia derivada de un manejo político autoritario y centralista, sino que además expresaban mensajes comunicacionales hacia la ciudadanía con una deficiente claridad, polemizando con las recomendaciones de expertos. El errático y temerario manejo comunicacional del gobierno, particularmente del Presidente de la República, y del ex Ministro de Salud Jaime Mañalich constituyen actos reprochables, puesto que contribuyeron a una mayor desconfianza de la ciudadanía en las medidas adoptadas por las autoridades.

II. Cifras de contagios y fallecidos

6.El Ministro de Salud Jaime Mañalich, la Subsecretaria de Salud Paula Daza y el Subsecretario de Redes Asistenciales no adoptaron las medidas adecuadas para asegurar el ingreso, procesamiento y reportabilidad de los datos afectando la fiabilidad del registro los casos contagiados por COVID 19, faltando a sus obligaciones como autoridades a cargo del sistema de vigilancia epidemiológica.

7.En relación al conteo y registro de fallecidos la Comisión concluye que el Presidente de la República Sebastián Piñera, el ex Ministro de Salud Jaime Mañalich, la Subsecretaría de Salud Paula Daza y el Subsecretario de Redes Arturo Zúñiga son responsables de la decisión política de comunicar a la ciudadanía una estadística de fallecidos por COVID-19 que subreportaba la cifra real de fallecidos puesto que no se apegó a las recomendaciones de la OMS, ni consideró las normas internacionales de clasificación de enfermedades. Lo anterior a pesar de que el Presidente, el Ministro de Salud, la Subsecretaría de Salud y el Subsecretario de Redes asistenciales tenían acceso al registro de decesos por COVID 19 del DEIS, organismo que utiliza los datos del Registro Civil e Identificación para su elaboración siguiendo los criterios de la OMS y las normas internacionales para el registro de enfermedades, pudiendo haber recurrido a un registro correcto y apegado a dichas normas internacionales. Este hecho es particularmente grave porque los criterios implementados por la autoridad sanitaria para el registro de fallecidos tuvieron la consecuencia de variar la tasa de letalidad del COVID-19 en Chile y por lo tanto alterar la percepción de la ciudadanía en torno a la mortalidad de la pandemia en el país.

III. Estrategia trazabilidad, testeo y aislamiento

8.A juicio de esta Comisión resulta evidente que en el mes de marzo el gobierno ya estaba en conocimiento de las recomendaciones oficiales de los organismos internacionales competentes en la materia, las cuales no fueron consideradas en su totalidad, pese a la magnitud de la pandemia. Durante las primeras etapas de la pandemia, el ex Ministro de Salud señaló que el esfuerzo que estaba realizando el Gobierno no estaba enfocado en evitar los contagios, sino en que las personas se contagiaran a un determinado ritmo para no colapsar el sistema de salud, a pesar de que distintos científicos advirtieron oportunamente que este enfoque implicaba poner en grave riesgo la vida y la salud de las personas, y que la estrategia

correcta en estos casos era la prevención, técnicamente conocida como TTA: testear, trazar y aislar. Para la Comisión está claro que el gobierno, en esta etapa, adoptó una estrategia de inmunidad de rebaño.

9.Se omitió adoptar medidas de prevención oportunas, lo cual, desde el punto de vista de la salud pública carece de sentido, por cuanto nada impedía haber diseñado, implementado y reforzado los sistemas de prevención propuestos, de forma paralela al mejoramiento de la capacidad hospitalaria, por cuanto no son mutuamente excluyentes.

10.La trazabilidad, pilar esencial para el control y prevención de los contagios, fue virtualmente inexistente desde el principio de la pandemia hasta finales del mes de julio, cuando a pesar de reforzar algunos aspectos, no se logró tampoco cumplir con estándares mínimos para constituirse en una medida preventiva realmente útil.

11.A pesar de las recomendaciones a nivel internacional realizadas por la OMS, y de las advertencias a nivel local efectuadas por el Consejo Asesor, los esfuerzos fueron insuficientes por parte del gobierno en la implementación de infraestructura técnica y humana necesaria para trazar efectivamente un virus de contagio masivo.

12.Las consecuencias de no adoptar las medidas preventivas correspondientes por parte del gobierno se tradujeron en la imposibilidad de interrumpir efectivamente la cadena de contagios, que provocó que el virus se expandiera rápidamente a gran parte de la población, aumentando con ello el número de casos graves, y como consecuencia, el número de personas fallecidas.

IV. Plan paso a paso

13.La adopción del plan paso a paso también llegó de manera tardía, esto es, recién el 23 de julio. Hasta esa fecha, millones de habitantes del país estuvieron sometidos a decisiones de la autoridad sanitaria que restringieron sus derechos y libertades sin que se tuviera mayor conocimiento respecto de los criterios técnicos utilizados para adoptarlas.

14.Sin perjuicio de lo anterior, los indicadores utilizados para el plan paso a paso han sido aplicados sin conocerse por la ciudadanía, de forma clara y precisa, las condiciones para estar en una u otra etapa. Dichos indicadores no son rígidos, sino que tienen una flexibilidad peligrosa, considerando el efecto que tienen en la libertad de las personas. Asimismo, las imprecisiones técnicas en indicadores como la trazabilidad, a las cuales ya se ha hecho referencia en este documento, impactan directamente en la aplicabilidad del plan Paso a Paso.

V. Sistema de toma de decisiones

15.Si bien en distintas oportunidades el gobierno ha señalado al Comité de Crisis como el órgano del cual provienen las decisiones, esto no es efectivo, y además, impide transparentar y fijar de manera clara las responsabilidades personales por las decisiones que se toman o se omiten.

16.Para la Comisión es claro que las únicas dos autoridades del Comité de Crisis que jurídicamente tienen competencias legales para adoptar decisiones sobre medidas sanitarias son el Presidente de la República y el Ministro de Salud.

17.Las decisiones más importantes en materia de salud pública dentro del contexto de la pandemia –entre ellas la estrategia concreta implementada y la comunicación de cifras al público-, han sido tomadas por el Presidente de la República, siendo el Ministro de Salud quien ejecuta dichas decisiones a través de diversos actos formales de la Administración Pública, que emanan de su cartera.

18.Para esta Comisión, son el Presidente de la República, y los Ministros de Salud en sus respectivos mandatos, los responsables políticos del manejo de la pandemia en Chile, y sus efectos, según lo que se ha concluido hasta acá.

19.El proceso de toma de decisiones durante la pandemia ha tenido un marcado y preocupante carácter centralizado, con exclusión de las capacidades regionales y locales. Lo anterior se verifica aun cuando el enfoque correcto recomendado a nivel internacional es justamente fortalecer la información, recursos, y decisión de los organismos regionales y locales. La estrategia del control de la pandemia careció de una mirada descentralizadora, de mayor confianza en las comunidades, privilegiando la concentración del poder en las decisiones, particularmente en el Comité de Crisis, y al interior de éste de quienes lo controlan: el Presidente de la República y sus respectivos Ministros de Salud. Con este enfoque, el gobierno no sólo excluyó de la toma de decisiones a estas entidades, sino que además, desaprovechó las fortalezas de las capacidades locales, la atención primaria y numerosos expertos que se ofrecieron a participar.

VI. Medidas socioeconómicas

20.El gobierno se precipitó a proponer al Congreso Nacional una serie de políticas públicas para enfrentar la crisis socioeconómica que previsiblemente se aproximaba. No obstante, la información recibida por la Comisión en relación a estas medidas, y a modo ejemplar, las modificaciones al Fogape y el Ingreso Familiar de Emergencia que se detallan en el cuerpo de las consideraciones, permite indicar que éstas tuvieron un marcado énfasis de focalización, provocando segregación en los distintos segmentos de la sociedad, de acuerdo a su nivel de ingresos.

21.Los distintos proyectos de ley que se tramitaron en el Congreso Nacional durante su funcionamiento -cuyo objetivo era solucionar la antedicha problemática-

no tuvieron el impacto esperado en la ciudadanía, lo que generó una clara dificultad para asumir las cuarentenas, u otras medidas restrictivas de la libertad, por parte de la población, agravando la situación sanitaria.

22.Al contrario de lo planteado por el gobierno, fue una propuesta de carácter universal, como lo fue el retiro del 10% de los fondos previsionales, la que permitió aminorar, de mejor forma, la caída de ingresos de la población, especialmente de los más vulnerables. Esta problemática debió ser asumida por el gobierno mediante gasto fiscal, particularmente a través de una renta básica universal, como ocurrió en otros países.

23.El gobierno no elaboró, ni menos aplicó, políticas y/o planes para responder a las específicas necesidades de las mujeres, pese a que su situación doméstica y laboral se agravó con la pandemia. Especial gravedad merece el aumento de violencia intrafamiliar que se produjo por la extensión de las cuarentenas, según se ha mencionado. El enfoque de género estuvo –y continúa estando- ausente en el manejo de la pandemia por parte del gobierno.

24.El gobierno no adoptó políticas y/o planes dirigidos específicamente a atender la situación indígena durante la pandemia, ni tampoco consideró un reporte diferenciado para analizar su estado epidemiológico pese a las obligaciones que tiene el Estado respecto a la promoción de sus derechos y libertades fundamentales.

Relación del Ministerio de Salud con la Comisión

25.El Ministro de Salud incurrió en infracciones a la Constitución y a la Ley Orgánica Constitucional del Congreso Nacional al no dar respuesta a más de 16 oficios despachados por la Comisión Investigadora, pese a ser reiterados en diversas oportunidades, los cuales requerían información trascendental para el cumplimiento del mandato de esta instancia parlamentaria.

Primera parte: **antecedentes de hecho**

1.Las conclusiones que se expresarán en la segunda parte requieren tener a la vista los antecedentes que se indicarán a continuación. Por medio del Decreto Nº 104 de 18 de marzo de 2020, el Presidente de la República declaró estado de excepción constitucional de catástrofe, por calamidad pública, en el territorio de Chile. Sus considerandos hacen referencia a las siguientes circunstancias:

> a.“1. Que, como es de público conocimiento, a partir del mes de diciembre de 2019, hasta la fecha se ha producido un brote mundial del virus denominado coronavirus-2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) que produce la enfermedad del coronavirus 2019 o COVID-19” [1].

[1] Decreto Nº 104 del Ministerio del Interior y Seguridad Pública de 18 de marzo de 2020, disponible en: https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2020/03/18/42607-B/01/1742691.pdf.

b.“2. Que, con fecha 30 de enero de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, declaró que el brote de COVID-19 constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de conformidad a lo dispuesto en el artículo 12 del Reglamento Sanitario Internacional, aprobado en nuestro país por el decreto Nº 230, de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores.” [2]

c.“3. Que, el 5 de febrero de 2020, el Ministerio de Salud dictó el decreto Nº 4, de 2020, que decreta Alerta Sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-NCOV). Dicho decreto fue modificado por el decreto Nº 6, de 2020, del Ministerio de Salud. 4. Que, el 28 de febrero de 2020, la OMS elevó el riesgo internacional de propagación del coronavirus COVID-19 de “alto” a “muy alto”. 5. Que, el 11 de marzo de 2020 la OMS concluyó que el COVID-19 puede considerarse como una pandemia”[3].

d.“8. Que, la experiencia internacional indica que existirá un aumento de los casos confirmados del referido virus en los próximos meses en nuestro país, que requiere la adopción de medidas excepcionales por parte de la autoridad para asegurar a todas las personas el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica; así como al derecho a la protección de la salud establecidos en los numerales 1 y 9 del artículo 19 de la Constitución Política de la República”[4].

2.El estado de excepción constitucional decretado se mantiene vigente hasta la fecha, habiendo sido prorrogado por S.E. el Presidente de la República por medio del Decreto Supremo N° 400 de 10 de septiembre de 2020 por 90 días adicionales.

3.El Ministerio de Salud decretó alerta sanitaria por medio de la Resolución Exenta N° 04 de 05 de febrero de 2020, la cual se ha modificado en varias oportunidades durante el transcurso de la pandemia. Por medio de esta resolución, según se lee en su considerando 17, se buscó “dotar a las autoridades del Ministerio de Salud y de aquellos servicios públicos que conforman dicho sector, de facultades extraordinarias suficientes para que, amparados en las regulaciones que los rigen y en las atribuciones legales que poseen, puedan realizar acciones de salud pública, así como otras complementarias, destinadas a prevenir y controlar en forma efectiva las posibles consecuencias sanitarias derivadas de lo señalado anteriormente”[5].

---

[2] Ibídem.
[3] Ibídem.
[4] Ibídem.
[5] Ministerio de Salud. Resolución Exenta N°4 de 05 de febrero de 2020.

4.Al 25 de octubre de 2020, el Ministerio de Salud ha reportado 502.063 casos confirmados acumulados de COVID-19[6]. El último informe epidemiológico disponible, de 24 de octubre de 2020, asimismo, contempla un total de 567.572 casos acumulados, incluyendo a los casos no notificados y probables[7]. Asimismo, el citado informe indica que a la fecha se consignan 18.690 fallecidos por COVID-19, que incluye "Casos fallecidos totales debido a Covid-19 según región de residencia con y sin confirmación de laboratorio, según información proporcionada por DEIS-MINSAL con corte al 10-10-20"[8].

5.Para la elaboración de este documento se han tenido a la vista, entre otros, las actas taquigráficas de cada sesión de la Comisión, los oficios despachados y respuestas recibidas, en su caso. Además, se han consultado fuentes de público acceso, en especial del Ministerio de Salud, el portal de la Biblioteca del Congreso Nacional (en lo referente a la cita de leyes, reglamentos, decretos y resoluciones), recortes de prensa, publicaciones científicas, etcétera. En la misma línea, y considerando que son antecedentes contenidos en fuentes de público acceso de la Cámara de Diputados, también se ha consultado, en lo que corresponde, los datos que se proporcionaron a las otras Comisiones Especiales Investigadoras relacionadas con la materia del COVID-19, particularmente la signada con el N°50. Finalmente, se han tenido a la vista los antecedentes de hecho previstos en la intervención de la H. Diputada Hernando en la sesión de la Cámara de Diputados que conoció de la acusación constitucional en contra del ex Ministro de Salud Jaime Mañalich.

Segunda parte: conclusiones de la Comisión Investigadora

1.Consideraciones y conclusiones relacionadas con los actos del Gobierno en la etapa de preparación de estrategia sanitaria, en los aspectos comunicacionales y la denominada "Nueva Normalidad"

- Consideraciones

Como se indica en los antecedentes, luego que en el mes de diciembre de 2019 se registraran una serie de casos de neumonía atípica en Wuhan, China, se identifica en enero del presente año que la causa de estos casos correspondía a un nuevo tipo de coronavirus, denominado "SARS-CoV-2" causante de la nueva enfermedad que hoy conocemos como COVID-19. La aparición del nuevo virus, y su propagación, llevó a la Organización Mundial de la Salud a declarar, este 30 de enero, una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).

---

[6] Ministerio de Salud. Reporte diario del Plan de Acción Coronavirus de 16 de octubre de 2020. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/gobcl-prod/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/Reportes/25.10.2020_Reporte_Covid19.pdf.

[7] Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. Informe epidemiológico Nº 62 de 24 de octubre de 2020. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Informe-Epidemiologico-62.pdf

[8] Ibídem.

El virus avanzó rápidamente en el mundo, situación que quedó patente cuando, a fines del mes de febrero del año 2020, el continente europeo y particularmente Italia, vivió un aumento exponencial y sostenido de contagios, decantando en el cierre de ciudades y países completos como medida desesperada para disminuir la demanda en los colapsados sistemas de salud.

En Chile existieron diversas reacciones ante la extrema situación que se vivía en países como Italia, España y Francia. Ante la inquietud de la opinión pública, desde el Gobierno se llamó a la tranquilidad de la población, expresándose que se habían tomado las medidas de preparación necesarias desde el mes de enero de 2020.

Al efectuar un análisis a las citadas medidas de preparación que tomó el Ejecutivo, consistentes en la compra de ventiladores, habilitación de camas UCI, decodificación genética por el ISP para efectos de la toma de exámenes de reacción de polimerasa en cadena y el establecimiento de cuarentenas dinámicas, para esta Comisión no cabe duda de que la estrategia definida para hacer frente al coronavirus, fue aquella denominada como inmunidad de grupo, o como se indicará en lo sucesivo, inmunidad de rebaño[9].

La Comisión estima que, si bien pueden valorarse positivamente estas medidas, éstas no pueden escindirse de aquellas tendientes a evitar o morigerar el ingreso del virus al territorio nacional y a la contención de su propagación en la población. En efecto, **la estrategia del Gobierno consistió en un reforzamiento del sistema de salud para atender las situaciones más críticas de contagio, lo cual es valorado como necesario,** pero no fue suficiente para el control de la pandemia, descuidándose los indicadores de reproducción del virus.

De la revisión de las medidas tomadas por la autoridad central expuestas en esta Comisión, y contrastándolas con las opiniones de diversos expertos que comparecieron a ésta, **se concluye que no existió una estrategia adecuada para evitar el ingreso del virus al país.** Sobre ello cabe precisar que las medidas adoptadas por el Gobierno en el Aeropuerto de Santiago, u otras referidas al ingreso de nacionales o extranjeros desde el exterior, no fueron proporcionales a la gravedad que constituía la amenaza de ingreso no detectado del virus, lo que en definitiva se concretó.

Al respecto se puede indicar que si bien es cierto que en un principio se adoptaron medidas consistentes en declaraciones juradas de pasajeros que ingresaban por el referido terminal; primero respecto de aquellos que venían o habían estado en China, y luego en naciones europeas con transmisión

---

[9] La inmunidad de grupo (también, inmunidad colectiva o inmunidad de rebaño) describe un fenómeno estadístico en el que se observa una forma indirecta de protección contra una enfermedad que se produce cuando una parte de la población ha sido vacunada o existen personas que son immunes por contagio previo e interrumpen la cadena epidemiológica, previniendo así que personas no inmunizadas contraigan la enfermedad (John TJ, Samuel R (2000). «Herd immunity and herd effect: new insights and definitions». *Eur. J. Epidemiol* **16** (7): 601-6, consultado en https://link.springer.com/article/10.1023/A:1007626510002, el 15 de octubre de 2020.

comunitaria, no se evidenció una política de seguimiento eficaz sobre el cumplimiento de las medidas de aislamiento, sin perjuicio de los requerimientos en dicho sentido por parte del Colegio Médico A.G. (en adelante e indistintamente COLMED) en reunión sostenida con el Ministerio de Salud el 3 de marzo.

Por su parte, la Comisión pudo evidenciar que desde el 3 de marzo, fecha en que se detectó a la primera persona confirmada portadora del virus dentro de nuestra nación, correspondiente a un paciente de 33 años de la Región del Maule, las asociaciones gremiales de profesionales de la salud y la comunidad científica manifestaron una sentida preocupación por la situación epidemiológica nacional, particularmente referidas a las medidas adoptadas hasta ese momento por el Gobierno para prevenir el ingreso del virus, y fundamentalmente, de la contención de su propagación. Ello se verificó, y se continúa verificando en los altos índices de casos confirmados acumulados, y las tasas de fallecidos por cantidad de habitantes que tiene nuestro país en comparación con otros.

La Comisión estima que en la etapa de preparación el Gobierno se enfocó de manera primordial en la situación hospitalaria, descuidando gravemente la propagación de la pandemia.

A modo ejemplar, el COVID-19 ingresó a nuestro país casi 5 semanas después que lo hizo en Italia. Ese día los contagiados diarios reportados en Italia para el día inmediatamente anterior eran más de 2.000, y los muertos ascendían a 52, de los cuales 18 ocurrieron durante el día anterior[10]. Aun teniendo a la vista estas alarmantes cifras, el Gobierno no disponía de una estrategia clara tendiente a la contención de la propagación del virus. Así, al analizar la cronología de los primeros días del COVID-19 en nuestro país, sólo en 9 días se pierde la trazabilidad pasando a Fase 3, y 4 días después, se da inicio a la Fase 4, luego de haberse duplicado los casos confirmados en menos de 24 horas.

La situación señalada cobra especial gravedad si se toma en cuenta que, a la fecha mencionada, el virus llevaba más de 2 meses circulando por el mundo, razón por la cual el manejo exigible en la etapa de preparación no debe compararse con los mismos estándares que eran esperables de países que fueron golpeados antes por el virus. En efecto, cuando el virus ingresó a nuestro país, ya se conocían experiencias fracasadas y exitosas, como las de Italia, en el primer caso, y las de Corea del Sur, en el segundo. Cabe recordar que este último país pudo sobrellevar la primera ola de COVID-19 sin necesidad de establecer medidas estrictas de confinamiento. De esta manera, al mes de marzo ya se podía observar cuáles habían sido los lineamientos que permitieron el buen manejo de Corea del Sur, el cual se fundamentó en una política pública de testeos masivos orientada a la detección de casos de manera temprana, para su posterior aislamiento, y al seguimiento de contactos estrechos de casos confirmados; es decir, la estrategia tenía una clara intención de detener la propagación del virus, a diferencia de la estrategia que tenía el gobierno de Chile.

---

[10] Disponible en: «Nuevo balance del coronavirus en Italia: ya son 52 los muertos y hay más de 2.000 casos». *infobae.com*. 2 de marzo de 2020. Consultado el 3 de marzo de 2020.

Sobre las políticas de lo que hoy conocemos como la estrategia “TTA” (testeo, trazabilidad y aislamiento), las conclusiones la abordarán en un acápite aparte, dado el especial cuidado con que deben analizarse tales decisiones.

Para la Comisión no quedan dudas que el gobierno planificó e implementó una estrategia de inmunidad de rebaño. Lo sostenido no responde solamente a la conclusión lógica de los antecedentes tenidos a la vista por esta Comisión Investigadora, sino que emana de los antecedentes que se examinarán en acápite separado, relativo a la estrategia “hospitalocéntrica” del gobierno como respuesta a la pandemia, con miras hacia la indicada inmunidad de rebaño, en contraste a la necesidad estratégica de TTA.

Continuando con el análisis de la etapa de preparación, se debe añadir que el gobierno incurrió en una grave omisión al **adoptar tardíamente otras medidas que, a pesar de haber sido requeridas por científicos, asociaciones gremiales, la sociedad civil, centros de estudios, y profesionales de la salud, tardaron meses en ser tenidas en consideración y, en definitiva, implementadas**. Un ejemplo de ello es la implementación de residencias sanitarias, cuestión que sólo se materializó el 6 de junio -a pesar de haber sido solicitado de manera formal por el COLMED el día 3 de marzo. Lo mismo se puede decir respecto a la tardía implementación de una estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento, lo que pudo haber tenido una incidencia relevante en las más de 18 mil personas muertas en nuestro país. Como se dirá más adelante, la omisión en implementar esta política implicó un esfuerzo sobredimensionado, teniendo presente que recién se adoptó cuando el país registraba cerca de 5.000 contagios diarios, lo que evidentemente es mucho más complejo de implementar que con 100 casos diarios.

Asimismo, esta **Comisión concluye que la implementación de las denominadas “cuarentenas dinámicas” por parte del ex Ministro de Salud Jaime Mañalich no respondieron a criterios epidemiológicos claros, ni tuvieron como motivación la detención de la propagación del virus en Chile**. En efecto, si se analizan los momentos y lugares en que éstas fueron decretadas, así como las cifras que a dicha fecha informaba el Ministerio de Salud, sólo queda concluir que su aplicación respondió a la estrategia ya expuesta por el señor Mañalich en su entrevista de 2 de abril, es decir, como mecanismo de control de velocidad de propagación del virus, no así como mecanismo de detención de éste.

Especial mención para esta Comisión merece el mensaje del Presidente de la República efectuado en cadena nacional, en que se anunció, el 19 de abril, la llega de la “Nueva Normalidad”, llamando a la ciudadanía a volver a sus actividades productivas, señalando que debíamos encontrar una manera de convivir con el virus. De igual manera, la ciudadanía no olvidará el punto de prensa en que la Subsecretaria de Salud Pública, doña Paula Daza, refiriéndose a la nueva normalidad señaló que: “*Tenemos que ir retomando esta nueva vida, esta nueva normalidad que le hemos llamado, manteniendo las medidas restrictivas*

que tenemos hasta el día de hoy" donde agregó "*¿Me puedo juntar con un grupo de amigos a tomar un café? Probablemente sí, con unos pocos, unos cuatro amigos, con las medidas de distanciamiento social*"[11].

Debe considerarse que, a la fecha en que el gobierno comenzó a utilizar la expresión "Nueva Normalidad", no existía un nivel razonable de trazabilidad, por cuanto, **a juicio de esta Comisión no bastaba mantener una supuesta "meseta" de contagios en el país para llamar a la reactivación económica.** Lo concluido no sólo responde al razonamiento de esta Comisión, sino que queda en evidencia cuando se analiza la curva de contagios y muertes, particularmente en su evolución entre la fecha en que se anuncia la llegada de la "Nueva Normalidad" -419 contagios- y aquella que se configuró 15 días después -esto es, 1.373 contagios.

La situación es aún más compleja si se analiza la evolución de la curva de contagios de los meses que siguieron a la denominada "Nueva Normalidad". Así consta en el séptimo informe del monitoreo Movid-19 (encabezado por la Universidad de Chile y el Colegio Médico), que reveló que entre el 9 y el 23 de abril pasado, las salidas recreativas de personas con síntomas de Covid-19 aumentaron en 44,3%, mientras que el alza fue de 75,8% entre quienes no tenían sospechas de la enfermedad[12].

En concordancia con lo que hasta aquí se ha venido señalando, esta **Comisión concluye que la toma de decisiones por parte del gobierno careció de receptividad de ideas por parte de científicos, médicos, asociaciones gremiales, estadísticos, profesionales de la salud y, en definitiva, de la participación ciudadana que requería el manejo de esta pandemia.**

Por su parte, advierte **la Comisión que el gobierno tuvo una serie de desaciertos comunicacionales, los cuales no sólo manifestaban una prepotencia derivada de un manejo político autoritario y centralista, sino que además expresaban mensajes comunicacionales hacia la ciudadanía con una deficiente claridad, polemizando con las recomendaciones de expertos.** Ello provocó, a juicio de esta Comisión una situación aún más grave de falta de confianza en las autoridades, la cual era fundamental para afrontar el COVID-19 de mejor manera.

Esta Comisión concluye que el errático y temerario manejo comunicacional del gobierno, particularmente del Presidente de la República, y del ex Ministro de Salud Jaime Mañalich constituyen actos reprochables, por cuanto constituye un deber constitucional del Estado el dar protección a la población, obligación que se ve mermada si es que la comunicación de las medidas adoptadas resultan ser abiertamente deficientes y

---

[11] Disponible en https://radio.uchile.cl/2020/04/20/paula-daza-y-nueva-normalidad-me-puedo-juntar-con-amigos-a-tomar-un-cafe-probablemente-si/. Fecha de consulta: 16 de octubre de 2020.
[12] Disponible en: https://www.uchile.cl/noticias/165045/mensajes-de-nueva-normalidad-aumentaron-salidas-recreativas. Fecha de consulta: 16 de octubre de 2020.

parciales. A lo anterior debe agregarse que el gobierno se encontraba en una situación política y comunicacional muy compleja, atendido el proceso social que se desencadenó desde el 18 de octubre de 2019. Las diversas encuestas de opinión que se han dado a conocer muestran inequívocamente una falta de confianza de la ciudadanía en las instituciones políticas, razón por la cual, teniendo presente la gravedad de la pandemia, el gobierno no actuó con la debida diligencia en el manejo comunicacional, pese a que por su debilitada posición se requería la adopción de un alto estándar de transparencia y prolijidad en la información muy superior al que en definitiva se evidenció.

En este sentido se dirigió el COLMED a través de su presidenta, la Dra. Izkia Siches solicitando un solo mando y una sola vocería que comunicara a la ciudadanía sobre las medidas de confinamiento y autocuidado que se recomendaban, en concordancia a los lineamientos establecidos por la Organización Panamericana de la Salud en febrero del presente año[13] para el manejo del COVID-19. En el citado documento, la OPS establece recomendaciones para la comunicación de riesgos, resaltando la necesidad de la confianza y credibilidad, sin la cual el público no creerá en las informaciones que den las autoridades; del anuncio temprano – que muestra liderazgo y genera confianza; de la transparencia como mecanismo de generación de confianza; de la involucramiento de la comunidad; de la planificación con tiempo. De igual manera, se establecieron metas de comunicación, entre las cuales se destacan: mantener la credibilidad y la confianza del público en las autoridades proporcionando información correcta y con base científica, reconociendo las incertidumbres, con honestidad, conocimiento y compromiso; evitar las especulaciones y las conjeturas, y el empleo de un enfoque comunicacional gubernamental unificado, estratégico, coordinado y operativo. Lamentablemente, a juicio de esta Comisión, estas indicaciones no fueron seguidas por nuestra autoridad sanitaria en la etapa de preparación y combate inicial de la pandemia.

Para esta Comisión, como consecuencia de todo lo señalado con anterioridad, recién a mediados del mes de junio de 2020 -esto es, a 3 meses del ingreso del COVID en nuestro país- pudo apreciarse una leve mejoría en la curva de contagio. Tres meses en que quedaron de manifiesto las deficientes decisiones adoptadas las que -en lugar de detener la propagación del virus, no impidieron el crecimiento exponencial de contagios. En efecto, según consta de los documentos de esta Comisión, de haberse seguidos las recomendaciones de la comunidad científica, se estima que el número de muertes en nuestro país habría alcanzado sólo las 5.100 personas[14]. En cambio, hoy lamentamos el fallecimiento de más de 18 mil compatriotas.

- <u>Conclusiones de la etapa de preparación de estrategia sanitaria, en los aspectos comunicacionales y la denominada “Nueva Normalidad”</u>

[13] COVID-19 Orientaciones para comunicar sobre la enfermedad por el coronavirus 2019, OPS. Febrero 2020.
[14] Intervención del señor Bacigalupe. Sesión de 05 de octubre de 2020. Acta taquigráfica aún no disponible.

1.En la etapa de preparación no existió una estrategia adecuada para evitar el ingreso del virus al país.

2.El gobierno se enfocó de manera primordial en la situación hospitalaria, descuidando gravemente la propagación de la pandemia. La estrategia inicial del Gobierno consistió en un reforzamiento del sistema de salud para atender las situaciones más críticas de contagio, lo cual es valorado como necesario, pero no fue suficiente para el control de la pandemia, descuidándose los indicadores de reproducción del virus. El gobierno optó por no considerar durante meses a las recomendaciones de distintas agrupaciones de expertos, tendientes a la implementación de políticas públicas que evitaren la propagación del COVID-19.

3.La toma de decisiones por parte del gobierno careció de receptividad de ideas por parte de científicos, médicos, asociaciones gremiales, estadísticos, profesionales de la salud y, en definitiva, de la participación ciudadana que requería el manejo de esta pandemia. El gobierno adoptó tardíamente otras medidas que, a pesar de haber sido requeridas por científicos, asociaciones gremiales, la sociedad civil, centros de estudios, y profesionales de la salud, tardaron meses en ser tenidas en consideración y, en definitiva, implementadas.

4.La implementación de las denominadas “cuarentenas dinámicas” por parte del ex Ministro de Salud Jaime Mañalich no respondieron a criterios epidemiológicos claros, ni tuvieron como motivación la detención de la propagación del virus en Chile

5.A la fecha en que el gobierno comenzó a utilizar la expresión “Nueva Normalidad”, no existía un nivel razonable de trazabilidad, por cuanto, a juicio de esta Comisión no bastaba mantener una supuesta “meseta” de contagios en el país para llamar a la reactivación económica.

6.La Comisión que el gobierno tuvo una serie de desaciertos comunicacionales, los cuales no sólo manifestaban una prepotencia derivada de un manejo político autoritario y centralista, sino que además expresaban mensajes comunicacionales hacia la ciudadanía con una deficiente claridad, polemizando con las recomendaciones de expertos. El errático y temerario manejo comunicacional del gobierno, particularmente del Presidente de la República, y del ex Ministro de Salud Jaime Mañalich constituyen actos reprochables, puesto que contribuyeron a una mayor desconfianza de la ciudadanía en las medidas adoptadas por las autoridades.

2.Conclusiones relacionadas con los actos del Gobierno relativas a los registros de contagiados y fallecidos.

➢Consideraciones

El DFL Nº 1 que fija texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763, de 1979 y de las Leyes Nº 18.993 y 18.469 norma las atribuciones del Ministro de Salud y la Subsecretaría de Salud Pública.

El artículo 4º regula las atribuciones del Ministro de Salud, particularmente, el numeral 5) le entrega la obligación de tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia, entre las que está efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.

El artículo 9º dispone que la Subsecretaría de Salud Pública subrogará al Ministro de Salud en primer orden y tendrá a su cargo las materias relativas a la vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.

Decreto Nº 4 del 5 de febrero de 2020 del Ministerio de Salud que declara la Alerta Sanitaria dispone que le corresponde al Ministerio de Salud efectuar la vigilancia en salud publica y evaluar la situación de salud de la población y que según lo indicó la Contraloría General de la República, a esta cartera “le compete mantener un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica” asi como de “investigar los brotes de enfermedades y coordinar la aplicación de medidas de control”[15].

a)Actos del gobierno relativos al registro de contagiados por COVID 19.

El Sistema de Registro, Alerta y Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria o EPIVILA, existente desde antes de la pandemia tiene como objeto el registro y vigilancia de los casos de enfermedades de notificación obligatoria en el territorio nacional, como lo es el caso del COVID 19 y es utilizado por todos los establecimientos de salud para reunir información representativa para la toma de decisiones en materia de política sanitaria. **Estos datos son recoletados por los SEREMI de Salud para posteriormente ser enviados a nivel central.**

Cabe precisar que el Sistema EPIVIGILA está a cargo del Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública.

Respecto a su funcionamiento el Contralor de la República, en la sesión del 06 de agosto precisó que el uso de este sistema implica *“que hay que ingresar*

[15] Presentación Contraloría General de la República en la sesión del 06 de Agosto. Consultado en:

los datos al momento en que exista ***una sospecha o un caso confirmado de alguna enfermedad de notificación obligatoria como pasó a ser el COVID 19****, este sistema* ***entrega información en tiempo real al Ministerio obviamente para la toma de decisiones****, por ejemplo desde este punto de vista cuales van a ser las cuarentenas"*[16] En la misma sesión la Contraloría General de la República, en su exposición dio cuenta de la realización de una auditoría para obtener información respecto a la cantidad de contagiados por COVID 19 registrada en el Sistema EPIVIGILA, evaluando particularmente si estos datos eran fidedignos y si la autoridad tomó las medidas necesarias para el ingreso, procesamiento y reportabilidad de los datos[17].

A partir de esta se puede identificar las definiciones y actos de gobierno relativos al registro de contagiados por COVID 19:

> -El 30 de enero de 2020 mediante el oficio Nº 276, la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales instruyen que las pruebas de laboratorio para el test 2019-nCoV deben considerarse solo para pacientes que cumplan la definición de caso sospechoso previo envío, en ese entonces, de las muestras sospechosas al ISP.
>
> -El 06 de marzo, el Ministerio de Salud implementó un correo electronico para recibir notificaciones por parte de los laboratorios de casos sospechos por COVID 19 en formato pdf, "**siendo estos documentos digitalizados a nivel central"[18].** El envío de datos de los laboratorios recién se comenzó a estandarizar el envío de los resultados para ser ingresados a EPIVIGILA.
>
> -El 29 de mayo de 2020 las Subsecretarías de Redes y Salud impartieron instrucciones a todos los laboratorios certificados en la técnica PCR para que remitiera un reporte estadístico de laboratorio y la planilla de resultados, en formato Excel. Por lo que el Ministerio de Salud recibía directamente la información de esto

Según lo expuesto por el Contralor a la Comisión la Comisión en la sesión del 06 de agosto se constató que: "*Ministerio de salud informaba tomando como base solo aquellos casos notificados en EPIVIGILA no considerando aquellos que a lo mejor estaban positivios, que estaban en un informe de un laboratorio pero que no habían sido incorporados al sistema a través de EPIVIGILA"* (…)

En esta sesión el Contralor General de la República indicó que para el día 08 de junio se cruzó la información de EPIVIGILA con los casos informados de laboratorio, los casos registrados en EPIVIGILA sin examen de laboratorio y casos clínicos confirmados con examen de laboratorio negativo 177.301 "sin embargo

---

[16] Íbid
[17] Íbid.
[18] Íbid.

para ese dia la autoridad informó 142.759, es decir, hay una diferencia entre los casos reales y los informados de 34.542”[19].

Si bien la Subsecretaría hizo un ajuste de la cifra16 días después aún persitió una diferencia de 3.999 contagios ya que esta cartera incorporó solo 173.302.

Por otro lado, se constató que a pesar que el Ministerio de Salud ocupó el Sistema EPIVIGILA para la elaboración del reporte diario, según los antecedentes entregados a la Comisión Investigadora por la Contraloría General de la República se constató que, por ejemplo, al 09 de junio existieron 6.607 casos no incorporados en el reporte diario que sí se encontraban registrados en EPIVIGILA.

Para la Comisión estos hechos revisten una gravedad particular por cuanto la no inclusión de todos los contagiados en el EPIVIGILA en el reporte diario impide un control efectivo de estas personas y sus contactos estrechos afectando gravemente la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento. En tal sentido la Contraloría en su informe precisó que *“el problema es que la trazabilidad que se hace* ***se hace solo respecto a los informados en epivigila y no respecto a aquellos casos que efectivamente son positivos*** *y eso obviamente hace, que por ejemplo, quien efectua una fiscalización en terreno -un Carabinero- cuando solicita un permiso o que se exiba un permiso podia ser que esa persona estaba positiva y no estaba informada en EPIVIGILA”[20].*

b.Actos del gobierno relacionados con el registro de fallecidos.

Según la información a la que tuvo acceso la Comisión, el registro de fallecidos normalmente opera a través de diversas fuentes de información para posteriormente ser cruzados en una planilla administrada por las autoridades sanitarias a nivel central. Una de estas fuentes es EPIVIGILA, que reúne la notificación de laboratorios y médicos, sistema que como se mencionó más arriba depende la Subsecretaría de Salud Pública. Otra fuente son los certificados médicos de defunción inscritos en el Registro Civil que sirve como base para la elaboración de las estadísticas de defunciones por parte del Departamento de Información y Estadística en Salud (en adelante DEIS).

Por otro lado, las SEREMI de salud, dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública entregan una planilla de defunciones regionales al nivel central; a su vez los fallecidos se reportan a través del Subsistema de Comunicación inmediata de defunciones relacionadas con COVID-19. Por último, según antecedentes entregados por la Contraloría General de la República a la Comisión, la Subsecretaría de Salud implementó una plataforma de monitoreo de fallecidos al interior de su propio gabinete. De esta manera a nivel central se consolidan estos datos en una planilla única de defunciones COVID-19.

---

[19] Íbid.
[20] Íbid.

Cabe destacar que la OMS estableció el 16 de abril de 2020 las directrices para el conteo y registro de fallecidos por COVID-19 estableciendo que se debía considerar el fallecimiento por coronavirus "como aquella resultante de una enfermedad clínica compatible, sea un caso probable o confirmado por Covid-19, a menos que exista una causa relacionada que evidentemente no pueda ser relacionada con el Covid-19 (como por ejemplo un trauma)"[21]. Es decir que según la OMS para efectos de la vigilancia epidemiológica se deben considerar tanto los decesos sospechosos como los confirmados por esta enfermedad.

En este marco cabe destacar que el DEIS siguió las indicaciones de la OMS registrando a los fallecidos ajustándose las reglas del CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) para calificar la causa básica de defunción por COVID 19 de manera tal que este departamento consideró como fallecidos por coronavirus tanto casos confirmados (clasificados como U07.1) como los casos sospechosos (clasificados como U07.2)[22].

La Contraloría General de la República realizó una auditoría cuyos resultados se plasmaron en el Oficio Nº 283-B en donde se analizó si los resultados comunicados oficialmente por el Ministerio de Salud, el 10 de junio y el 23 de julio, corresponden a los reportes de las distintas fuentes de información.

Dicha auditoría identificó los actos administrativos por parte de la autoridad de salud mediante los cuales se fijaron los criterios para contabilizar fallecidos. El oficio B1 Nº 3220 del 7 de agosto de 2020 dio cuenta que el criterio para contabilizar fallecidos consideraba como condición indispensable que en la glosa del certificado de defunción indicara expresamente el término "COVID 19" como causa de muerte además de contar con un PCR positivo[23].

Este criterio excluyó fallecimientos que, por ejemplo, tuvieran como causa Sars-cov2, coronavirus o neumonía como enfermedad estrechamente asociada al coronavirus así como también aquellos decesos que no tuvieran un PCR positivo **contraviniendo lo dispuesto por la OMS para el registro de las muertes por COVID-19.** Esto ocurrió a pesar de que el ex Ministro de Salud, Jaime Mañalich, la Subsecretaría de Salud Pública, doña Paula Daza y el Subsecretario de Redes, don Arturo Zúñiga, **contaban con diversas fuentes -como el DEIS o la plataforma al interior de sus propios gabinetes- para conformar una estadística confiable que se apegara a las recomendaciones internacionales en la materia**.

---

[21] OMS (2020): INTERNATIONAL GUIDELINES FOR CERTIFICATION AND CLASSIFICATION (CODING) OF COVID-19 AS CAUSE OF DEATH. Cita textual en inglés: "A death due to COVID-19 is defined for surveillance purposes as a death resulting from a clinically compatible illness, in a probable or confirmed COVID-19 case, unless there is a clear alternative cause of death that cannot be related to COVID disease (e.g. trauma). There should be no period of complete recovery from COVID-19 between illness and death". Consultado en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19.pdf

[22] DEIS. (2020). Estadísticas de defunciones por causa básica de muerte. Consultado en: https://public.tableau.com/profile/deis4231#!/vizhome/DefuncionesSemanales1_0/DEF?publish=yes

[23] Contraloría General de la República. (2020). Oficio Final N° 283-B.

A juicio de esta Comisión, la situación descrita es grave y reprochable ya que, tal y como concluyó la Contraloría en su auditoría relativa al conteo y registro de fallecidos “Es así como, **los reportes oficiales entregados a diario por el MINSAL presentaban información parcial respecto de los fallecidos** por COVID-19, por cuanto no consideró los criterios utilizados por el DEIS en esta materia, **pese a que, de acuerdo con sus atribuciones, a este último le corresponde llevar las estadísticas oficiales** -conforme a lo dispuesto en la citada resolución exenta N°46, del 5 de febrero de 2020, del MINSAL- **hecho que se mantuvo desde el inicio de la pandemia hasta el 16 de julio de este año**”[24]

Es esta diferencia de criterio la que explica las distintas cifras reportadas públicamente al interior del país y las reportadas a la OMS, hecho que al conocerse a través de medios de comunicación detonó la salida del Ex Ministro de Salud, Jaime Mañalich.

Finalmente, cabe relevar el hecho que el cambio de metodología fue realizado con posterioridad por el actual Ministro de Salud Enrique Paris, quien indicó en la 6º sesión del 02 de julio de 2020 que “estamos **proponiendo a la Presidencia** llevar un solo tipo de registro, y ese tipo de registro debería ser el registro que lleva el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS, del Ministerio de Salud, porque hay una especie de confusión”[25].

➢ Conclusiones relativas a registros de contagiados y fallecidos.

*1.*En base a los antecedentes mencionados anteriormente la Comisión concluye que el Ministerio de Salud, particularmente, el Ministro de Salud Jaime Mañalich, la Subsecretaria de Salud Paula Daza y el Subsecretario de Redes Asistenciales no adoptaron las medidas adecuadas para asegurar el ingreso, procesamiento y reportabilidad de los datos afectando la fiabilidad del registro los casos contagiados por COVID 19 y por lo tanto no dieron cumplimiento a sus obligaciones como autoridades a cargo del sistema de vigilancia epidemiológica.

*2.*En relación al conteo y registro de fallecidos la Comisión concluye, en base a lo declarado en la Comisión por el actual Ministro de Salud Enrique Paris y por la Contraloría General de la República, que el Presidente de la República Sebastián Piñera, el Ministro de Salud Jaime Mañalich, la Subsecretaría de Salud Paula Daza y el Subsecretario de Redes Arturo Zúñiga son responsables de la decisión política de comunicar a la ciudadanía una estadística de fallecidos por COVID-19 que no se apegó a las recomendaciones de la OMS, ni consideró las normas internacionales de clasificación de enfermedades.

Lo anterior a pesar de que el Presidente, el Ministro de Salud, la Subsecretaría de Salud y el Subsecretario de Redes asistenciales tenían acceso

[24] Ibídem.
[25] Sesión N° 06 de 02 de julio de 2020.

al registro de decesos por COVID 19 del DEIS, organismo que utiliza los datos del Registro Civil e Identificación para su elaboración siguiendo los criterios de la OMS y las normas internacionales para el registro de enfermedades.

Este hecho es particularmente grave porque los criterios implementados por la autoridad sanitaria para el registro de fallecidos tuvieron la consecuencia de variar la tasa de letalidad del COVID-19 en Chile y por lo tanto alterar la percepción de la ciudadanía en torno a la mortalidad de la pandemia en el país. Tal y como pudo constatar la Contraloría General de la República la consideración sólo de los fallecimientos registrados en EPIVIGILA para el cálculo de la tasa de letalidad tiene como consecuencia una "tasa menor a la que resultaría de utilizar los datos de fallecidos que informa el DEIS"[26].

3.Conclusiones relacionadas con los actos del Gobierno referidos a la estrategia de trazabilidad, testeo y aislamiento (TTA)

➢Consideraciones

a)Sobre las diversas advertencias previas que tenía el gobierno respecto a implementar anticipadamente la estrategia TTA.

Los considerandos números 10 y 11 del decreto que elaborara el entonces Ministro de Salud Jaime Mañalich M., por orden del Presidente de la República Sebastián Piñera para declarar Alerta Sanitaria en todo el territorio de la República, para enfrentar la amenaza a la salud pública producida por la propagación a nivel mundial del "Nuevo Coronavirus 2019 (2019-nCoV)", de fecha 5 de febrero de 2020, señalan:

"10. Que, con fecha 24 de enero de 2020, la Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) remitió una carta al Ministro de Salud de Chile en virtud de la cual trae a su atención y comparte algunas consideraciones respecto a la propagación del nuevo coronavirus 2019.

11. Que, en el señalado documento, la Directora de OPS recalca la posibilidad de que casos por el nuevo coronavirus 2019 se exporten de China a las Américas. Asimismo, indican que los esfuerzos de preparación para la contención de la transmisión del nuevo coronavirus 2019 "requieren un enfoque multidisciplinario coordinado y el involucramiento de los mecanismos nacionales multisectoriales para la gestión de emergencia". Finalmente, la Directora de OPS propone las siguientes intervenciones de contención: "detección temprana, aislamiento, manejo clínico, seguimiento de contactos, diagnóstico de laboratorio, y viajes y comercio internacionales y puntos de entrada".

Por su parte, el considerando número 12 del decreto citado indica:

[26] Contraloría General de la República. (2020). Oficio Final N° 283-B.

“12. Que, con fecha 30 de enero de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de 2019-nCoV (nuevo coronavirus 2019) constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), en virtud de lo dispuesto en el Artículo 12 del Reglamento Sanitario Internacional, aprobado en nuestro país por el decreto Nº 230 de 2008 del Ministerio de Relaciones Exteriores.”

Así las cosas, para fines del mes de enero de 2020 resulta evidente que tanto el Ministro de Salud como el Presidente conocían mediante diversas advertencias y recomendaciones específicas realizadas por una parte importante de la comunidad científica nacional y las recomendaciones generales emanadas de la OPS y OMS, sobre la importancia de la adopción de medidas de prevención efectivas en el contexto de una pandemia.

Es efectivo que se trata de un virus cuyas características no se conocían –ni se conocen- en su totalidad. Sin embargo, los rasgos más relevantes del COVID-19 de cara a la toma de decisiones ya estaban relativamente claros al momento en que éste llegó a nuestro país, especialmente por cuanto existía una ventana temporal de meses respecto a la situación desarrollada en Asia y Europa.

La OMS emitió diversas advertencias y recomendaciones en sendos documentos a principio de año –esto es, meses antes de que llegara el virus a nuestro país-, en los que recomendaba adoptar medidas preventivas para enfrentar esta situación. A modo de ejemplo, es posible señalar los siguientes documentos:

- Orientaciones provisionales sobre “Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus (nCoV)”, de fecha 25 de enero de 2020;

- Directrices provisionales sobre “La gestión de los viajeros enfermos en los puntos de entrada –aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres internacionales– en el contexto del brote de COVID-19”, de fecha 16 de febrero de 2020;

- “Protocolo de investigación de los primeros casos y sus contactos directos (FFX) de la enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19)”, de fecha 23 de febrero de 2020;

- Orientaciones provisionales sobre “Vigilancia mundial de la COVID-19 causada por la infección humana por el virus de la COVID-19”, de fecha 20 de marzo de 2020;

- Orientaciones provisionales sobre “Aspectos prácticos del uso del SMVRG para la vigilancia de la COVID-19”, de fecha 26 de marzo de 2020.

A juicio de esta Comisión resulta evidente que en el mes de marzo el gobierno ya estaba en conocimiento de las recomendaciones oficiales de los organismos internacionales competentes en la materia, las cuales no fueron consideradas en su totalidad, pese a la magnitud de la pandemia. Esto queda patente si se contrastan los hechos con las declaraciones del propio Presidente de la República Sebastián Piñera el 22 de marzo de 2020, cuando aseguró que "*Igual como es perjudicial atrasarse, también es dañino adelantarse. Y nuestra estrategia se basa en cuatro conceptos propuestos y recomendados por la OMS: aislar, testear, tratar y trazar* "[27].

Teniendo presente que diversas organizaciones de la sociedad civil, científicas y el COLMED, adviertieran al Ministerio de Salud sobre la necesidad de establecer una estrategia que contemplara testeo, trazabilidad y aislamiento, **el gobierno optó por no considerar durante meses a las recomendaciones de distintas agrupaciones de expertos, tendientes a la implementación de políticas públicas que evitaren la propagación del COVID-19.**

Sin embargo, y como ya se hizo presente con anterioridad, **durante las primeras etapas de la pandemia, el ex Ministro de Salud señaló que el esfuerzo que estaba realizando el Gobierno no estaba enfocado en evitar los contagios, sino en que las personas se contagiaran a un determinado ritmo para no colapsar el sistema de salud, a pesar de que distintos científicos advirtieron oportunamente que este enfoque implicaba poner en grave riesgo la vida y la salud de las personas, y que la estrategia correcta en estos casos era la prevención, técnicamente conocida como TTA: testear, trazar y aislar**.

b)La adopción de una estrategia de inmunidad de rebaño en contraste con la falta de una política de TTA

La estrategia del gobierno no tuvo por objeto proteger a la población cortando o previniendo la cadena de contagio, sino que buscó exponerla de manera progresiva y controlada –a través de cuarentenas dinámicas- al contagio, con el riesgo inherente que ello implica para la salud y la vida de las personas.

Para justificar la afirmación anterior, se analizan dos grupos de hechos íntimamente relacionados. Por un lado, la realización de un importante esfuerzo e inversión por parte del Gobierno para reforzar la capacidad del sistema hospitalario, con el objeto de que pudiese recibir la mayor cantidad de pacientes graves posibles sin colapsar. Y por el otro, la adopción deficiente e insuficiente, de medidas preventivas efectivas, a pesar de que existían recursos públicos para hacerlo.

Desde el mes de marzo del año 2020 hasta mediados de junio, el Ministro de Salud de la época, Jaime Mañalich, declaraba públicamente que la

[27] https://www.diarioconcepcion.cl/pais/2020/03/22/pinera-defiende-plan-por-coronavirus-y-llama-a-estar-preparados-para-cuarentena-progresiva.html

estrategia implementada por el Gobierno para combatir el virus era la denominada "*inmunidad de rebaño*", como ya se indicó con anterioridad. Así, se pueden citar los siguientes hitos:

- El propio Jaime Mañalich el día 02 de abril de 2020**,** en una entrevista dada a Canal 13, declara que esta estrategia consistía en lograr un contagio controlado de la población a través de la adopción de determinadas políticas de salud públicas. En sus palabras: "*el esfuerzo aquí no es que nadie se contagie, sino que se contagien las personas, porque la única manera que tenemos para protegernos de esto es que la gente se contagie, pero de una manera lenta […]*"[28].

- Luego, en el comunicado diario realizado el día 30 de ese mismo mes, el Ministro Jaime Mañalich volvió a referirse al tema, explicándolo de manera más detallada: "*en la medida en que más personas desarrollan inmunidad, el R, la tasa reproductiva, cae violentamente. ¿Por qué? Porque el virus se encuentra con personas que no son capaces de defenderse. Por lo tanto, nosotros hablamos de que hay una inmunidad de rebaño, una inmunidad de grupo, colectiva, cuando al menos el 60% de una población determinada alcanza esta inmunidad ya sea por vacunas, en el futuro, o por contacto con el virus y desarrolla anticuerpos, con o sin síntomas*"[29].

En relación a lo anterior, es necesario precisar que una estrategia de inmunidad de rebaño requiere, necesariamente, que la recuperación de un paciente por esta enfermedad genere efectivamente una inmunidad del cuerpo más o menos permanente, algo que a la fecha de las declaraciones no había sido comprobado científicamente.

- Sobre este punto, en una entrevista dada al diario La Tercera, con fecha 14 de abril, la Subsecretaria de Salud Pública, Paula Daza declaraba lo siguiente: "*Hoy, el que nadie se infecte es imposible; entonces, tenemos que lograr que las personas se vayan enfermando progresivamente, para que los servicios de salud puedan dar adecuada respuesta*", asegurando que "*hay un grupo que ya se enfermó y se recuperó, y que, por haber tenido el virus, dejan de ser una persona que puede contagiarse y contagiar. Esas personas ya pueden circular libremente y estar inmunes. Es como si tuvieran la vacuna*"[30]. Todo esto a pesar que en la misma entrevista reconoce que no existe demasiada evidencia de lo señalado.

- Dos días más tarde, el 16 de abril, el Ministro Jaime Mañalich se pronunciaba respecto a la inmunidad con aún más convicción: "*El carnet Covid es un instrumento que identifica a las personas que con altísima probabilidad, eso es*

[28] https://www.t13.cl/noticia/nacional/inmunidad-rebano-declaracion-manalich-contradice-rubilar-18-06-2020
[29] https://www.latercera.com/la-tercera-pm/noticia/fact-checking-politico-v-el-simce-segun-gonzalez-adriana-munoz-y-el-cobro-de-servicios-basicos-y-la-inmunidad-de-rebano-segun-rubilar/HSVVB2SK2RFBDLTW5VF3DMRACM/
[30] https://www.latercera.com/nacional/noticia/paula-daza-subsecretaria-de-salud-publica-tenemos-que-lograr-que-las-personas-se-vayan-enfermando-progresivamente/QB7GV62DVZBJHBBSWJ5JYESN2Q/

lo que nos permite decir el conocimiento actual, ya tuvieron la infección por coronavirus y son inmunes a adquirir una nueva enfermedad, a reinfectarse, y también no son capaces de transmitir esta enfermedad a otros", agregando que "*A partir de la evidencia que hasta el día tenemos, lo que podemos decir es que la inmunidad que produce la infección por Coronavirus es una inmunidad que dura por mucho tiempo, por lo menos en el mínimo lo que podemos proyectar es un año*"[31].

Sin embargo, la falta de sustento científico sobre la generación de la respuesta inmune en pacientes recuperados terminaría provocando que el denominado "*carnet de alta*" –anunciado el 9 de abril- no se aplicara nunca. La autoridad, en todo caso, lo justificó por la discriminación que podría provocar en distintos ámbitos.

Todas las declaraciones anteriores serían luego negadas por parte de distintas autoridades de gobierno durante el mes de junio, justamente cuando los efectos de esta estrategia, que los expertos habían advertido oportunamente, estaban causando estragos en la población, con un altísimo número de personas contagiadas y fallecidas y un sistema de salud al borde del colapso.

En este sentido, es pertinente indicar que Tedros Ghebreyesus, director de la OMS, calificó como "científica y éticamente problemática"[32], a dicha política, señalando asimismo que "la inmunidad de rebaño se alcanza protegiendo a las personas del virus, no exponiéndolas"[33].

Lo anterior es especialmente crítico respecto a la ausencia de una estrategia sólida de trazabilidad y aislamiento, la cual el gobierno decidió relegar, junto con la ausencia de la integración del sistema de Atención Primaria de Salud (APS) en la implementación de estrategias preventivas.

Como se ha tenido oportunidad de mencionar, los esfuerzos hechos por el gobierno se centraron en gran medida en la habilitación de camas y adquisición de ventiladores, dejando de lado otras medidas de prevención y control relevantes que habían sido recomendadas a nivel internacional por la OMS/OPS, y a nivel local por diversas personas expertas del mundo científico.

El mismo Ministro de Salud, Enrique Paris, admitió que el ex Ministro Mañalich había realizado un buen trabajo en comprar y habilitar camas UCI y testeos, pero que falló en la trazabilidad y el aislamiento[34].

---

[31] https://www.latercera.com/la-tercera-pm/noticia/fact-checking-politico-v-el-simce-segun-gonzalez-adriana-munoz-y-el-cobro-de-servicios-basicos-y-la-inmunidad-de-rebano-segun-rubilar/HSVVB2SK2RFBDLTW5VF3DMRACM/

[32] Consultado en https://www.bbc.com/mundo/noticias-54522007 con fecha 15 de octubre de 2020.

[33] Ibídem.

[34] Sesión 6°, CEI-47/48: "*El exministro Mañalich hizo cosas muy […] el testeo y todo lo que se compró y habilitó para las UCI […], pero debemos reconocer que fallamos un poco en la trazabilidad y en el aislamiento […]*".

Sin embargo, el punto que la autoridad no indicó, es la evaluación y los efectos negativos que tuvo ese enfoque, en el que se omitió adoptar medidas de prevención oportunas, lo cual, desde el punto de vista de la salud pública carece de sentido, por cuanto nada impedía haber diseñado, implementado y reforzado los sistemas de prevención propuestos, de forma paralela al mejoramiento de la capacidad hospitalaria, por cuanto no son mutuamente excluyentes.

La evaluación negativa de este enfoque centrado solamente en la atención de pacientes críticos, sin paralelamente implementar medidas de prevención serias y eficaces, fue reiterada por varios de los expertos invitados a la comisión, como se puede apreciar a continuación.

- Tomás Pérez Acle, doctor en biotecnología, declaró "*que, aunque la estrategia hospitalocéntrica no es lo ideal, sí es un componente relevante, que ha funcionado y ha funcionado muy bien. Este aumento del 400 por ciento de las camas significó que mucha gente se salvó porque tenía una cama disponible, pero no es la estrategia correcta. La estrategia correcta es, como decía el doctor Said, cortar el contagio. Lo ideal es usar una estrategia combinada: aumentar muy bien las camas, como se hizo acá en Chile y creo que hay que reconocer a las autoridades en ese mérito; aumentar la capacidad de testeo, que también es tremendamente relevante y el ministerio se jugó un rol muy importante ahí; pero también colocar medidas destinadas a cortar el contagio, que es probablemente lo que nos faltó*"[35].

- En un sentido similar, el doctor Juan Carlos Said, médico internista y máster en Salud Pública del Imperial College de Londres, recalcó que *"el hecho de no contener el número de contagios nos ha llevado a esta mortalidad, porque el número de fallecidos se reduce disminuyendo los contagios, no comprando ventiladores mecánicos, que inevitablemente, cuando una persona cae en ventilación mecánica, uno de cada dos de esos pacientes finalmente va a fallecer. Eso hay que tenerlo en cuenta"*[36].

En este sentido, agrega que la estrategia implementada por el gobierno falló en cuanto a prevenir un alto número de fallecimientos, "*porque hemos tenido muchos casos, y no hemos podido controlar el número de casos, y el número de muertos depende finalmente no solo de que los tratemos, sino del número de casos*"[37]. En términos sencillos: *"¿Por qué fallamos? Porque no cortamos la cadena de contagio, es decir, reducir el número de casos*", concluyendo que "*Creo que en Chile -y es el mensaje que me gustaría dejar- no fallamos en aumentar el número de exámenes, eso se hizo; ni fallamos en el aumento de camas críticas,*

---

[35] Sesión 15°, CEI-47/48.
[36] Sesión 15°, CEI-47/48.
[37] "*Si nos comparamos en términos de muertos -insisto en que es muy importante compararse en ese sentido-, acá no tomamos exámenes por hacer exámenes, no compramos ventiladores por comprar ventiladores, sino que el objetivo es hacer una estrategia que evite que personas fallezcan. Ese es el objetivo final, y en eso hemos fallado. ¿Por qué hemos fallado? Porque hemos tenido muchos casos, y no hemos podido controlar el número de casos, y el número de muertos depende finalmente no solo de que los tratemos, sino del número de casos*".

eso se hizo. ¿En qué fallamos? En cortar la cadena de contagios, en usar esos exámenes para ubicar a los contactos y aislarlos […]"[38], lo cual, según su declaración, con un sistema de trazabilidad se podría haber logrado desde el principio, como se analizará más adelante.

▪A la misma conclusión llegó el doctor Ennio Vivaldi Véjar, médico cirujano y rector de la Universidad de Chile, quien afirmó que el gobierno privilegió la atención del paciente enfermo en hospital, en vez de preocuparse por la prevención, y así tener una primera barrera de contención. Específicamente, dijo que "*es válida la crítica de que se privilegió que los pacientes no se murieran en los hospitales cuando llegaban, que hubiera ventiladores, etcétera, por sobre ir a las poblaciones a trabajar en los territorios, trabajar con las municipalidades, trabajar intersectorialmente, trabajar con los medios de comunicación para prevenir los brotes y evitarlos*", concluyendo que en la estrategia del gobierno "*no hubo el énfasis debido en TTA*", a pesar de que esta, de acuerdo a la experiencia internacional, ha sido la clave para superar la pandemia, y así lo habían hecho saber desde el principio[39].

▪Reitera las ideas señaladas anteriormente, el doctor Alvaro Erazo, médico y ex Ministro de Salud, quien declaró que *"Si traen a la discusión lo que hoy está en el debate es exactamente lo mismo que debiéramos haber discutido desde el primer día. Ese es el punto: el aislamiento, la detección, la trazabilidad, la búsqueda de los contactos estrechos, la encuesta epidemiológica y supervisar que esos aislamientos sean efectivos […] Entonces, tengo la impresión de que –por así decirlo- se invirtió la estrategia, básicamente, porque como fueron tiempos acelerados, pero hubo varias semanas de por medio, se dio por "incapacidad", en este caso del gobierno, de hacer esa contención y cortar la circulación del virus".*

En ese sentido, agregó que la contención del contagio, y en especial la trazabilidad, *"es el dilema fundamental de la estrategia, incluso casi o más compleja, ya que el tema de la habilitación de las camas críticas, aunque es bastante todo lo que se hizo, es casi o más complejo habilitar la respuesta sanitaria desde los territorios, desde los municipios; capacitar a los que hoy conocemos como trazadores, entregarles las herramientas necesarias y preparar, logísticamente, el soporte informático. Ahí debiéramos haber puesto –por así decirlo- la mayor capacidad técnica y estratégica"*[40].

▪Por su parte, el informe entregado por COLMED en la sesión 18°, expresamente señala que "*Algo que lamentamos fue la decisión de, durante los primeros meses, enfocar todos los esfuerzos de la autoridad sanitaria en el*

---

[38] Sesión 15°, CEI-47/48

[39] Sesión 10°, CEI-47/48. "*Para nosotros es muy importante destacar que la universidad desde un comienzo ha impulsado la estrategia de testeo masivo, trazabilidad y aislamiento basado en la atención primaria en salud, porque consideramos que es la calve del éxito de esta operación. Recabando la experiencia internacional, nos hemos dado cuenta de que esa ha sido la clave para ganarle a la pandemia en todas partes*".

[40] Sesión 14°, CEI-47/48.

nivel terciario de salud (respuesta hospitalaria y UCI) y no fortalecer de manera adecuada y oportuna la estrategia de testeo trazabilidad y aislamiento a través de la Atención Primaria de Salud. Esto se evidencia, por ejemplo, en la tardía publicación (julio) de un Plan de Trazabilidad (sólo después del cambio de Ministro de Salud) y el lento traspaso de recursos a la atención primaria, reflejado en los decretos que aprueban dichos traspasos". Todo esto a pesar de las continuas advertencias que dicho gremio hizo formalmente al Gobierno.

▪Complementando lo anterior, la doctora Izkia Siches, Presidenta del COLMED, declaró que "*Otro punto que nos parece de suma relevancia es el de las recomendaciones que el Consejo Asesor ha dejado en sus minutas, que también son públicas, y que no han sido implementadas. En primer lugar, muy precozmente se señaló que el Ministerio de Salud estaba muy enfocado en los ventiladores y nada en la orientación de la respuesta de testeo, trazabilidad y aislamiento. Quizá era una estrategia comunicacional, pero ustedes vieron que solo con la llegada del ministro Paris se pudo dar respuesta al plan nacional de trazabilidad, que es el corazón de una respuesta sanitaria en pandemia. Creemos que ahí hubo una mala decisión por parte de la autoridad de salud*"[41].

▪Asimismo, y por medio de una carta pública, el 30 de abril de 2020, un grupo de 40 profesionales en el área de la salud y afines –entre los que se encuentran algunos de los expertos invitados a la comisión- solicitaron al gobierno que adoptara una serie de medidas con carácter urgente, indicando que *"La contención de la pandemia no puede estar basada en la cantidad de nuevos ventiladores mecánicos o camas disponibles. El robustecimiento del sistema hospitalario es importante y positivo para el país, pero se necesita con urgencia un cambio de estrategia que busque cortar la cadena de contagio y que incluya testeo masivo y sistemático, con un enfoque social amplio, integral, intersectorial e interdisciplinario, poniendo en el centro la protección y bienestar de la comunidad"*[42].

Para la Comisión no resulta explicable que sólo se haya reforzado el nivel hospitalario, sin que se implementara, a su vez, la estrategia TTA, recomendada por organismos internacionales, expertos, científicos y médicos. Ambos objetivos no eran inherentemente contradictorios, ni tampoco mutuamente excluyentes en cuanto a asignación de recursos, por cuanto, a la luz de las inversiones realizadas con el cambio de Ministro de Salud, se puede concluir con razonable certeza que existían recursos públicos suficientes para perseguir ambos fines.

Entonces, el énfasis en el reforzamiento de la capacidad hospitalaria para recibir enfermos graves, en relación a la decisión de no implementar un sistema de prevención eficaz, no obedecería a una priorización de recursos públicos insuficientes, sino que a una decisión de parte de la autoridad en cuanto a los objetivos de su política de salud pública.

---

[41] Sesión 18°, CEI-47/48.
[42] https://elsiglo.cl/2020/05/30/documento-emiten-texto-para-evitar-una-catastrofe-por-covid-19/

Lo anterior es posible apreciarlo con mayor claridad, cuando se analiza la estrategia de trazabilidad y aislamiento de casos positivos y sospechosos, como forma de mantener controlado, monitoreado y aislados los vectores de contagio, estrategia adoptada en forma tardía a pesar del impacto positivo que habría tenido en el número de personas contagiadas y fallecidas.

c)El sistema de trazabilidad implementado por el gobierno

La trazabilidad, pilar esencial para el control y prevención de los contagios, fue virtualmente inexistente desde el principio de la pandemia hasta finales del mes de julio, cuando a pesar de reforzar algunos aspectos, no se logró tampoco cumplir con estándares mínimos para constituirse en una medida preventiva realmente útil.

De acuerdo al doctor Juan Carlos Said "*La trazabilidad ha sido ampliamente promovida por la Organización Mundial de la Salud y también por el consejo asesor. De hecho, se ha planteado que el rastreo de contactos y la cuarentena son actividades críticas para reducir la transmisión y controlar la epidemia. Esto es planteado por la OMS; entonces, es parte de las recomendaciones oficiales de la Organización Mundial de la Salud*"[43].

Para ejemplificar lo anterior, en su presentación ante la comisión acompañó un extracto de un documento de la OMS, denominado "*Contact Tracing in the context of Covid19. Interim guidance*", de fecha 10 de mayo de 2020, que advierte lo siguiente:

"*Para controlar la propagación del COVID-19, las intervenciones deben romper las cadenas de transmisión, asegurando que el número de nuevos casos generados por cada caso confirmado se mantenga por debajo de una reproducción efectiva […] Como parte de una estrategia integral, identificación de casos (…) rastrero de contactos y cuarentena, son actividades críticas para reducir la transmisión y controlar la epidemia. […] El rastreo de contactos es el proceso de identificar, evaluar y manejar a las personas que han estado expuestas a una enfermedad para prevenir el contagio*".

Sin embargo, **a pesar de las recomendaciones a nivel internacional realizadas por la OMS, y de las advertencias a nivel local efectuadas por el Consejo Asesor, los esfuerzos fueron insuficientes por parte del gobierno en la implementación de infraestructura técnica y humana necesaria para trazar efectivamente un virus de contagio masivo.**

En relación a lo anterior, varios de los expertos invitados a la comisión hicieron referencia a determinados hitos en materia de trazabilidad, que dan

[43] Sesión 15°, CEI-47.

cuenta de la evidente falta de preparación del sistema de salud público para monitorear y controlar los contagios.

El primer hito se produjo en el mismo mes de marzo, cuando a pesar de existir un número acotado de contagios, el sistema ya era incapaz de monitorear y trazar todos los casos activos, por cuanto los recursos asignados a esta tarea eran evidentemente insuficientes.

▪De esta forma, el doctor Juan Carlos Said explicó que, a 18 días del primer caso confirmado en Chile, y con solo 434 casos totales a nivel país, el sistema ya era incapaz de trazar todos los casos activos: "*¿Qué ha sido de la trazabilidad en Chile? La pandemia llega a Chile el 3 de marzo, primer caso de covid-19 en Chile. El 21 de marzo, primera minuta del consejo asesor, con solo 434 casos -hago énfasis en esto, porque a veces no se entiende- repito, 434 casos totales, no por día. Esos eran todos los casos que había en Chile. En ese momento, se reporta que, de cien casos, casi el 25 por ciento, no se han trazado los contactos. O sea, el 21 de marzo ya habíamos perdido la trazabilidad y, como les voy a mostrar, hasta el día de hoy no la hemos recuperado. En ese momento, no hay fallecidos*"[44].

▪A la misma conclusión llega el informe del COLMED, entregado en la sesión 18°, en que se realiza un análisis cronológico de diversos hitos y advertencias realizadas por dicho gremio al Gobierno, señalando que el 14 de marzo de 2020, "*Al no tener claridad en la trazabilidad de los contagios, el Ministerio de Salud declara la fase 3 de la pandemia*".

Luego, el 15 de abril el Ministerio de Salud, sin justificación alguna y con un sistema de trazabilidad ya colapsado, deja de publicar los pocos datos sobre trazabilidad que hasta entonces incorporaba en los Informes Epidemiológicos, situación que se mantuvo en el tiempo.

▪En este sentido, el doctor Juan Carlos Said señaló que "*El 15 de abril, el Minsal deja de reportar la trazabilidad. Hasta ese momento se hacía una trazabilidad; se decía, más o menos, cuántos contactos habían sido ubicados. En eso momento, se deja de reportar. Ya tenemos 94 fallecidos*"[45].

▪Por su parte, el informe del COLMED[46] señala que "*El informe epidemiológico del 17 de abril NO contiene información sobre la trazabilidad de los casos (presente en informes anteriores). Es necesario transparentar la capacidad de seguimiento de casos y contactos a nivel regional, para asegurar la adherencia a medidas de aislamiento y cuarentenas; además de la detección precoz de contactos que presenten síntomas. Se pueden reforzar esas tareas con el apoyo de establecimientos de Atención Primaria y recursos humanos que actualmente trabajan a distancia*". Esta situación se mantuvo además en el

[44] Sesión 15°, CEI-47.
[45] Sesión 15°, CEI-47
[46] Informe del COLMED entregado el 03.09.20, en la Sesión 18° de la CEI-47.

tiempo, por cuanto al 08 de mayo de 2020, el COLMED manifestaba *"[…] Preocupación con la trazabilidad. Se mantienen los puntos del 2020-05-05, añadiendo que los últimos 6 informes epidemiológicos (5 anteriores, 1 nuevo) no contienen información sobre la trazabilidad de los casos. Se reciben múltiples reportes de casos en que sus contactos no han sido contactados, de nulos seguimientos telefónicos para seguir evaluación y cumplimiento de cuarentenas*".

Esta incapacidad del sistema de trazabilidad implementado se continuaría agravando durante el mes de mayo de 2020, cuando los contagios comenzaron a aumentar de forma exponencial en relación a los primeros días de la pandemia.

▪De acuerdo al informe del COLMED, el 26 de mayo de 2020 dicho gremio advirtió que las SEREMIAS estaban absolutamente sobrepasadas en la trazabilidad, "*ya que no cuentan con el personal suficiente para esta función por lo que se reitera que es URGENTE incorporar a la Atención Primaria de Salud a estas tareas*".

▪Un diagnóstico similar se informó al gobierno por parte del Comité Operativo de Emergencia, cuyas actas del 28 de mayo de 2020 reflejaban que "*cuando diariamente teníamos 1.695 personas diagnosticadas de corona virus, en ese momento, 11.000 contactos no eran localizados todos los días"*[47]*.*

Sobre este punto, la situación de la Región Metropolitana resulta bastante ilustradora de la actitud del Gobierno frente a la trazabilidad. De acuerdo a los resultados del Censo del año 2017, esta región concentra el 40.47% del total de la población nacional, con un total de 7.112.808 habitantes, superando en 4 veces a la segunda región más poblada del país[48], de lo que se sigue necesariamente que es la región que debía contar con un mayor número de trazadores.

Sin embargo, como explicó el doctor Juan Carlos Said, en la Región Metropolitana, "*Entre marzo y junio […] había solo 80 personas dedicadas a trazar. […] Ese trabajo, que en el mundo lo hacen miles de personas, en Santiago lo hacían 80 personas. Esa situación, desgraciadamente, se mantuvo por meses"*.

---

[47] Declaración del doctor JUAN CARLOS SAID, en la sesión 15°: "*El 29 de mayo se revelan actas del comité operativo de emergencia, a través de Ciper. En esas actas, cuando diariamente teníamos 1.695 personas diagnosticadas de corona virus, en ese momento, 11.000 contactos no eran localizados todos los días. […] La trazabilidad ya estaba perdida y se continuó perdiendo. A esa fecha se acumulan 944 fallecidos*". El reportaje aludido por el Doctor es el titulado "*Falla pieza clave para contener el virus: acta interna del Minsal revela graves problemas en la trazabilidad de casos*", publicado por CIPER Chile el día 29 de mayo de 2020. Ver: https://www.ciperchile.cl/2020/05/29/falla-pieza-clave-para-contener-el-virus-acta-interna-del-minsal-revela-graves-problemas-en-la-trazabilidad-de-casos/

[48] Según el Censo de 2017, el total de los habitantes del país era de 17.574.003. La región más poblada es la Región Metropolitana, con un total de 7.112.808 habitantes, seguida por la Región de Valparaíso, con 1.815.902, y la Región del Biobío, con 1.556.805. Consultado en: https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf

En virtud de todo lo anterior, concluye en términos perentorios que en nuestro país *"la trazabilidad era inexistente, por así decirlo"*[49].

Recién en el mes de julio, con ya miles de contagios activos y personas fallecidas por coronavirus, el Gobierno comenzó a dirigir sus esfuerzos a diseñar una estrategia de trazabilidad, la cual debió haber estado implementada desde el mes de marzo.

▪Así, el doctor Juan Carlos Said señaló que "*Recién el 1 de julio, en el cuarto mes de pandemia, se publica una estrategia de trazabilidad. En ese momento ya teníamos 5.773 fallecidos",* agregando que "*A fines de julio se volvió insostenible la situación de los trazadores, por lo que comenzó a incrementarse este número. Por ejemplo, en la Región Metropolitana aumentó a 1.800 y a 3.940 a nivel nacional. Esa cifra, que comprende un número más relevante de trazadores, y que es lo que siempre se planteó que era necesario, sigue estando por debajo de los estándares recomendados por el consejo asesor*" [50].

▪Sobre el mismo punto, la doctora Izkia Siches comentó que "*se publicó un documento, que valoramos, en torno a contar con la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento. Lamentablemente, fue en julio, y es algo que deberíamos haber tenido en marzo. Todavía no contábamos con los trazadores requeridos*"[51].

Las conclusiones anteriores, que dan cuenta de una escasa implementación de estrategias de prevención (TTA) al comienzo de la pandemia, y el intento tardío por subsanar esta omisión recién en el mes de julio, fue compartida por varios de los expertos invitados a la comisión.

▪Así, la doctora Catterina Fereccio**,** señaló el 10 de agosto que "*Yo diría que tenemos el sistema de trazabilidad desde hace un par de semanas, o recién desde hace una semana, y está empezando a andar. El equipo técnico que está trabajando en eso en el Ministerio de Salud es muy pequeño y con poca experiencia. Sus integrantes son nuevos, están trabajando desde la mañana hasta la noche, tratando de echar a andar ese sistema de trazabilidad con muy pocos recursos, pero espero que se levante y que ayude a evitar una nueva ola de contagios*"[52].

▪En la misma línea, el doctor Luis Delpiano Méndez, Presidente de la SOCHINF, declaró el 17 de agosto que tuvo varias dificultades con el Ministro Mañalich, entre ellas por el tema de la comunicación de los resultados y la trazabilidad: "*Al respecto, tuvimos bastantes complicaciones, ya que todo apuntaba a tener un diagnóstico precoz y, lamentablemente, vivimos muchos meses en que el diagnóstico, y ustedes lo saben muy bien, llegaba 3, 5 o 7*

[49] Sesión 15°, CEI-47/48.
[50] Sesión 15°, CEI-47/48.
[51] Sesión 18°, CEI-47/48.
[52] Sesión 13°, CEI-47/48.

días después. Eso complicó mucho trazar para saber en dónde estaba realmente el problema, aumentando rápidamente, y hacer lo que correspondía. Me refiero a cuarentenar efectivamente a la población y, por supuesto, a los contactos", situación que según él "*recién en las últimas tres a cuatro semanas hemos visto resultados que se entregan en 24 y 48 horas*".

Agrega que "*Creemos que ahí tuvimos como país el máximo conflicto para llegar oportunamente a la identificación de casos y al cuarentenamiento efectivo de casos y contactos. Ello va de la mano con la palabra básica, cual es controlar este tipo de situaciones que requiere, fundamentalmente, trazar casos, trazar contactos. Sin embargo, recién ahora se está empezando a vislumbrar alguna capacidad de trazado. Aún estamos partiendo, no estamos en un nivel que permita asegurar tranquilidad como una acción epidemiológica efectiva*" [53].

- Reiterando las ideas anteriores, el 20 de agosto, Ernesto Laval, ingeniero civil y doctor en Educación, afirmó que la posibilidad de controlar la epidemia estaba en la trazabilidad, que fue inexistente.

Específicamente dijo: "*Respecto de si teníamos alternativas en abril, cuando llegaron los primeros casos importados, creo que la alternativa habría sido tener un músculo de trazabilidad y control de epidemias muy fuerte que no tuvimos en nuestro país. […] en Chile no lo teníamos; por lo tanto, era predecible que no íbamos a tener una trazabilidad para esa magnitud, viendo lo que había ocurrido en Europa. Una buena medida hubiese sido contener el aumento de los casos hasta que levantáramos ese músculo; sin embargo, no se contuvo el aumento de los casos en forma fuerte ni tampoco fue pública una política de levantar el músculo de la trazabilidad desde marzo. No tengo evidencia de que haya ocurrido así*".

Para ejemplificar el punto anterior, hace una comparación entre la importancia que le daban otros países a la trazabilidad, y la que se daba acá en nuestro país: "*Teniendo la imagen de que Corea* [del Sur] *es el ejemplo de trazabilidad, si uno deja escapar unos pocos casos, puede ocurrir una situación dramática, como esta, que más de la mitad de nuestros casos se originan por no tener una trazabilidad en forma exhaustiva […] Si recuerdan, en Nueva Zelanda, con solo 2 casos se levantó la alerta. En cambio Corea del Sur, con un caso de transmisión comunitaria, que no se manejó bien, terminó con 5.000 contactos. En Chile, el 1 de abril teníamos más de 1.000 casos, que también desconocíamos su origen, pero no era tema. […] Comunicacionalmente, eso nunca se manejó en Chile durante los primeros meses de la pandemia. Lo peor de todo es que el 15 de abril se dejó de publicar acerca del tipo de contagio, y nunca se ha hecho público a nivel comunal*"[54].

Y si bien la mayoría de los expertos señalaron que durante el mes de julio se empezó a apreciar una disposición distinta por parte de la autoridad

[53] Sesión 15°, CEI-47/48.
[54] Sesión 16°, CEI-47/48.

respecto a la trazabilidad, las medidas adoptadas no fueron suficientes para subsanar el problema creado por esta omisión inexcusable del gobierno. Y la razón no solo está relacionada con la tardanza con que se empezó a intentar implementar una estrategia de TTA, sino que también en la forma en que se estaba ejecutando.

- Así, al 17 de agosto, el doctor Juan Carlos Said señaló que *"el primer reporte de trazabilidad por comuna es de la semana pasada, 10 de agosto, y lo que se aprecia en él es simplemente que la trazabilidad no es rigurosa; incluso, podríamos decir que, al menos en Santiago, es inexistente"*[55].

- Al 20 de agosto de 2020, y en medio de la aplicación del plan de desconfinamiento elaborado por el Gobierno, denominado "Paso a Paso", el ingeniero Ernesto Laval reitera la misma conclusión del doctor Said del párrafo anterior: "*Respecto de la Región Metropolitana, desconocemos lo que ocurre. Trato de basarme en la evidencia y no tengo evidencia de que tengamos un sustento firme para la trazabilidad"*[56].

Lo anterior, por cuanto para ser realmente eficaz, la trazabilidad se debe efectuar cumpliendo determinados requisitos. El doctor Said explica de manera bastante detallada cuáles son esos requisitos, los que, a la fecha de su declaración, el 17 de agosto de 2020, aún no se estaban cumpliendo.

Por el contenido de carácter técnico, se transcribe esta parte de su exposición de forma casi íntegra:

"De hecho, si uno revisa la tabla –que fue sacada del informe del Ministerio de Salud [Informe Epidemiológico N° 41, página 101]- *pareciera ser muy buena, porque dice, por ejemplo: 96 por ciento de los contactos nuevos son investigados dentro de 48 horas. Parece un número excelente, pero hay dos reparos al respecto.*

En primer lugar, no se define con claridad desde cuándo corren esas 48 horas; deberían contarse a partir del momento en que se sospecha. Es decir, cuando se sospecha que alguien tiene coronavirus, se le toma el examen y desde ese momento debería a empezar a correr el tiempo para ubicar a los contactos. Ahora, si la trazabilidad se hace desde que se obtiene un resultado positivo para coronavirus, se pierde tiempo y la trazabilidad deja de ser útil […] Entonces, al no definirse eso, me da impresión de que esas 48 horas se están considerando desde el momento en que se confirma el caso y no desde el momento en que se sospecha, y eso no es lo que recomienda el comité asesor. [….

Por otra parte, quiero llamar la atención sobre los casos nuevos. […] Se localizan menos contactos que casos. Es como si las personas no interactuaran con nadie, como si nadie saliera de sus casas. Solo en algunas comunas se da

[55] Sesión 15°, CEI-47/48.
[56] Sesión 16°, CEI-47/48.

una trazabilidad mayor a uno; es decir, que se ubique un contacto más por caso. En promedio, se ubican 1,5 contactos por caso nuevo. ¿Por qué eso es relevante? Porque cuando se hacen estudios de trazabilidad, las cifras internacionales muestran que, en promedio, las personas están en contacto con un mínimo de 3 personas, en situaciones de lockdown. […] De hecho, un estudio del Britich [sic] *Medical Journal estima que se debe ubicar, en promedio, 36 contactos por caso para contener el brote. Para que se hagan una idea, la Unión Europea recomienda ubicar entre 10 a 20 contactos por caso. Lo que puedo decir con certeza es que cualquier trazabilidad que esté ubicando, en promedio, menos de 5 contactos, no está siendo útil"*[57]*.*

De esta manera, el porcentaje de personas contactadas antes de las 48 horas indicadas en los informes Epidemiológicos del Gobierno, y a los que se refiere el doctor Said en el párrafo extractado, se presentaron al público como indicador de una excelente gestión en la materia, mostrando varias comunas con porcentajes sobre el 90%. Sin embargo, esas cifras fueron objeto de controversia unos días después, toda vez que la iniciativa ICOVID Chile, en su 2° informe sobre este punto, de fecha 20 de agosto de 2020, mostraba porcentajes distintos, que reflejaban una realidad muchísimo peor.

Uno de sus miembros, el doctor Mauricio Canals, magíster en Bioestadística, expuso ese mismo día en la Comisión. En dicha oportunidad, además de concordar con el resto de los expertos en que a "*nivel de la población, nuestra principal defensa es la trazabilidad",* explicó por qué en su informe los indicadores de trazabilidad eran, en sus propias palabras, "*malísimos"*. Por el contenido técnico que tiene, se transcribe esta parte de la declaración casi íntegramente:

"¿Cuál es el talón de Aquiles? El mencionado reiteradamente, y don Ernesto Laval lo señaló muy bien: la trazabilidad. En ese sentido, en el último informe destacamos dos niveles que se han podido medir. […] Un indicador es lo que se llama la proporción de confirmados temprano. En otras palabras, qué proporción de los casos son informados antes de 48 horas, y es un indicador muy importante: cuántos son confirmados antes de 48 horas del inicio de síntomas. Si uno ve dicho indicador desgraciadamente es malísimo, y lo destaco no solo como malo, sino como malísimo. Ese indicador, que es la proporción de informados temprano, es decir, antes de 48 horas desde el inicio de síntomas, ha variado desde 15 por ciento, en marzo, hasta actualmente 37 por ciento, con un intervalo de confianza entre 44 por ciento y 27 por ciento, de tal manera que es imposible una mayor trazabilidad si la proporción de individuos que se confirma antes de 48 horas es menor a 40 por ciento. Entonces, es imposible aislar un 80 por ciento y es imposible cuarentenar un 80 por ciento de los contactos antes de 48 horas. Ese es un indicador sumamente serio y grave, y que atenta contra toda posibilidad de trazabilidad.

[57] Sesión 15, CEI-47/48

Destaco que hay algunas diferencias en ciertos lugares, […] Por ejemplo, la Región de La Araucanía tiene 40 por ciento de proporción de informados temprano y la Región de Los Ríos un 50 por ciento, que son los mejores a nivel de Chile. El resto del país tiene alrededor de 30 por ciento; Aysén está bajo 25 por ciento. […] Otro aspecto lamentable se refiere al tiempo desde el inicio de síntomas hasta la confirmación del PCR. Es un dato muy importante: tiempo desde inicio de síntomas hasta confirmación del PCR. ¿Por qué es tan importante? Porque entre inicio de síntomas y confirmación de PCR uno es infectante, uno está infectando a otras personas. En Chile, el tiempo promedio actual, desde el inicio de síntomas hasta confirmación de PCR, es cinco días, lo cual hace imposible una trazabilidad adecuada en 48 horas. Al respecto, el peor lugar en este instante es Aysén, que tiene un promedio de alrededor de 11 días entre inicio de síntomas y PCR. El resto del país, aproximadamente estable, se ha mantenido entre cinco y seis días"[58].

La diferencia entre los indicadores presentados por el Gobierno y los del informe ICOVID fue presuntamente aclarada posteriormente por la subsecretaria Paula Daza**,** quien señaló que la diferencia se debía a que estaban utilizando parámetros distintos, pues mientras en ICOVID toman el indicador desde que la persona presenta los primeros síntomas, en el MINSAL lo hacen desde que se obtiene el resultado del PCR[59].

Sin embargo, como resulta evidente luego de las sendas explicaciones transcritas, las cifras entregadas por el Gobierno producen una falsa idea de buena gestión y control, toda vez que, como lo señaló el doctor Said en el párrafo extractado, "*si la trazabilidad se hace desde que se obtiene un resultado positivo para coronavirus, se pierde tiempo y la trazabilidad deja de ser útil*". Por eso, el doctor Canals concluye, en la misma línea, que "*estamos mal en trazabilidad, derechamente […]".*

La conclusión anterior es particularmente crítica en nuestro país, en donde los resultados de exámenes PCR presentaron inexcusables retrasos, que en algunas comunas superaron los 20 días.

Al respecto, la doctora Izkia Siches señalaba en el mes de mayo que el COLMED había recibido *"diversas denuncias por latencias prolongadas en los resultados de los exámenes PCR, lo cual tiene un impacto en las conductas epidemiológicas de esos pacientes y también algunas respuestas que han sido rechazadas*"[60]. Esta situación fue incluso reconocida por algunas autoridades del propio Gobierno. A modo ejemplar, en el mes de junio la Intendenta Regional de O'Higgins, Rebeca Cofré, señalaba respecto de su región que *"La información que*

---

[58] Sesión 16°, CEI-47/48.

[59] https://cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/informe-icovid-revelo-que-trazabilidad-continua-con-valores-bajos/2020-08-21/101818.html

[60] https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2020/05/11/estamos-a-cargo-del-tema-la-escueta-respuesta-de-daza-ante-acusacion-de-examenes-perdidos.shtml

yo tengo es que tenemos un retraso de 14 días y esto puede ser variable por cuanto, hay momentos en los que se deben hacer una priorización"[61].

d)Los efectos de la implementación tardía de la estrategia de trazabilidad, testeo y aislamiento (TTA)

A juicio de esta Comisión, las consecuencias de no adoptar las medidas preventivas correspondientes por parte del gobierno se tradujeron en la imposibilidad de interrumpir efectivamente la cadena de contagios, que provocó que el virus se expandiera rápidamente a gran parte de la población, aumentando con ello el número de casos graves, y con ellos, el número de personas fallecidas. En síntesis, la falta de implementación de una estrategia de prevención de forma oportuna incidió directamente en el número de fallecimientos totales.

Así lo señalaron varios de los expertos invitados a la Comisión:

▪La doctora Catterina Fereccio señaló que "*Insisto, si hubiésemos implementado esas medidas* [control de fronteras, trazabilidad y aislamiento], *no habríamos dejado de tener casos comunitarios, seguramente los habríamos tenido, pero no de esa magnitud. Además, cuando uno parte con el proceso de aislar, de trazar, y empieza a levantar sus sistemas de información desde el principio, no llega a la expansión que llegamos a tener*"[62].

▪La Presidenta de la SOCHEPI, Sandra Cortés señaló que "*este es el momento de salvar vidas, y la mejor manera de hacerlo y de reducir la carga hospitalaria es con las medidas preventivas. Una de ellas es precisamente la cuarentena, pero hay muchas más*"[63].

▪El doctor Juan Carlos Said, por su parte, afirmó que la no implementación de una estrategia de trazabilidad y aislamiento oportuna incidió directamente en el número de personas fallecidas: "*el tema que más se ha dejado de lado y que ha sido clave en determinar el número de fallecidos, el cual, como lo voy a demostrar durante la exposición, pudo haber sido mucho menor, y de un menor impacto en nuestro país. El problema es la trazabilidad*".

En este sentido, agregó que: "*No hemos sabido contener el número de casos; reducir el número de contagios. De hecho, hoy en día somos el noveno país en casos totales, lo que encuentro bastante impactante. Estoy hablando no por millón de habitantes. Lo que aparece en el gráfico es una tabla de la OMS, Estados Unidos, Brasil, India, países de poblaciones numerosas, después un par de países latinoamericanos y Chile.*

---

[61] https://www.24horas.cl/coronavirus/intendencia-de-ohiggins-pide-disculpas-tras-demora-de-14-dias-en-entrega-de-resultados-pcr-4225044
[62] Sesión 13°, CEI-47/48.
[63] Sesión 5°, CEI-47/48

Es decir, con un número de casos totales gigante. Ahora, esto no es solo porque tomamos muchos exámenes, porque si bien tomamos exámenes, tampoco somos el país del mundo que más toma exámenes. De hecho, estamos en el número veintiséis en toma de exámenes por millón de habitantes, en países sobre un millón de habitantes. Este gran número de casos nos ha llevado a liderar los rankings de fallecidos por millón de habitantes en el mundo. De hecho, hoy día somos el séptimo país con más fallecidos por millón de habitantes en países sobre un millón de habitantes, y esto considerando solo los casos confirmados por PCR. ¡Esto es dramático! […] En verdad, el hecho de no contener el número de contagios nos ha llevado a esta mortalidad, porque el número de fallecidos se reduce disminuyendo los contagios, no comprando ventiladores mecánicos, que inevitablemente, cuando una persona cae en ventilación mecánica, uno de cada dos de esos pacientes finalmente va a fallecer. Eso hay que tenerlo en cuenta"[64].

Y al respecto, hace una comparación bastante ilustrativa con las defunciones de otros países: "*Si Chile hubiera tenido las mismas muertes por millón que Alemania, hoy en día tendríamos 1.962 muertos; si hubiéramos tenido los muertos por millón de Australia, hoy en día tendríamos 140; si fuéramos Corea, 106; Nueva Zelanda, 83. Pero lo más interesante es que si hubiéramos sido Uruguay, nuestro país vecino, habríamos tenido 180 muertes. Muchas veces se dice: no, lo que pasa es que Uruguay es más chico. Bueno, pero llevémoslo, por ejemplo, a Las Condes. Comparemos la ciudad de Montevideo con la comuna de Las Condes. Montevideo tiene 1,3 millones de habitantes, tres veces más población que la comuna de Las Condes, y aun así Montevideo tenía una mortalidad más baja que Las Condes. Ni siquiera en el sector alto de Santiago, un lugar donde no podríamos cuestionar incluso factores determinantes sociales de la enfermedad o acceso a prestaciones de salud, es decir, una comuna donde se limpia ese factor de "acceso" y se coloca el estándar mayor al país, ni siquiera ahí hemos tenido una mortalidad equivalente a la de Uruguay. De hecho, en la comuna de Las Condes, con la mortalidad de Uruguay, habríamos tenido 98 por ciento menos de muertes*".

➢<u>Conclusiones</u>

1.A juicio de esta Comisión resulta evidente que en el mes de marzo el gobierno ya estaba en conocimiento de las recomendaciones oficiales de los organismos internacionales competentes en la materia, las cuales no fueron consideradas en su totalidad, pese a la magnitud de la pandemia. Durante las primeras etapas de la pandemia, el ex Ministro de Salud señaló que el esfuerzo

---

[64] Sesión 15°. En la misma línea que el párrafo extractado, declaró que "*"¿Por qué fallamos? Porque no cortamos la cadena de contagio, es decir, reducir el número de casos. Hay muchas formas de fracasar, pero solo una de ser exitosos. […] Pero el coronavirus tiene una particularidad y es que en el periodo, que va entre 0 a 8 días, ningún paciente incuba este virus y donde ya es posible detectarlo por PCR e incluso ya podría contagiar. De hecho, el periodo de un paciente empieza a contagiar uno o dos días antes del periodo de inicio de síntomas, pero ya está incubando la enfermedad varios días antes. Entonces, en ese periodo, en que está incubando pero aún no contagia, nosotros podemos detectar a ese paciente, aislarlo y cortar la cadena de contagio para que no haya más contagiados. Esto es lo clave: hacer trazabilidad, que consiste en ubicar, tomando exámenes a gran cantidad de pacientes con y sin síntomas, ubicar a los contactos que han estado con estas personas y aislar a esas personas*".

que estaba realizando el Gobierno no estaba enfocado en evitar los contagios, sino en que las personas se contagiaran a un determinado ritmo para no colapsar el sistema de salud, a pesar de que distintos científicos advirtieron oportunamente que este enfoque implicaba poner en grave riesgo la vida y la salud de las personas, y que la estrategia correcta en estos casos era la prevención, técnicamente conocida como TTA: testear, trazar y aislar. Para la Comisión está claro que el gobierno, en esta etapa, adoptó una estrategia de inmunidad de rebaño.

2.Se omitió adoptar medidas de prevención oportunas, lo cual, desde el punto de vista de la salud pública carece de sentido, por cuanto nada impedía haber diseñado, implementado y reforzado los sistemas de prevención propuestos, de forma paralela al mejoramiento de la capacidad hospitalaria, por cuanto no son mutuamente excluyentes.

3.La trazabilidad, pilar esencial para el control y prevención de los contagios, fue virtualmente inexistente desde el principio de la pandemia hasta finales del mes de julio, cuando a pesar de reforzar algunos aspectos, no se logró tampoco cumplir con estándares mínimos para constituirse en una medida preventiva realmente útil.

4.A pesar de las recomendaciones a nivel internacional realizadas por la OMS, y de las advertencias a nivel local efectuadas por el Consejo Asesor, los esfuerzos fueron insuficientes por parte del gobierno en la implementación de infraestructura técnica y humana necesaria para trazar efectivamente un virus de contagio masivo.

5.Las consecuencias de no adoptar las medidas preventivas correspondientes por parte del gobierno se tradujeron en la imposibilidad de interrumpir efectivamente la cadena de contagios, que provocó que el virus se expandiera rápidamente a gran parte de la población, aumentando con ello el número de casos graves, y como consecuencia, el número de personas fallecidas.

4.Conclusiones relacionadas con la adopción del denominado plan “paso a paso”

➢<u>Consideraciones</u>

Con fecha 23 de julio de 2020 se promulga la Resolución Exenta N° 591 del Ministerio de Salud, la cual “dispone medidas sanitarias que indica por brote de COVID-19 y dispone plan “paso a paso”. Como es de público conocimiento, y al tenor de la citada resolución, el plan contempla una serie de etapas en las que se encasillarán las comunas, dependiendo de su situación sanitaria. En efecto, señala la resolución que “Las medidas sanitarias dispuestas en esta resolución se realizarán en 5 pasos. Estas medidas afectarán a localidades que serán debidamente determinadas, a través de una resolución, en uno de los 5 pasos,

según los criterios definidos por la autoridad sanitaria. Los 5 pasos de los que trata el párrafo anterior son los siguientes: 1. Paso 1: Cuarentena. 2. Paso 2: Transición. 3. Paso 3: Preparación. 4. Paso 4: Apertura Inicial. 5. Paso 5: Apertura avanzada”[65].

Ahora bien, sin perjuicio de valorar la existencia de un plan en el cual se transparentaran ciertos criterios para adoptar decisiones que tienen un impacto muy relevante en la vida de las personas, lo cierto es que el gobierno recién el 23 de julio de 2020 adoptó una planificación en relación a las medidas que iba a adoptar en cada caso. Esto es coherente con lo que ya se ha expresado con anterioridad, esto es, la falta de preparación, la inidoneidad de ciertas medidas adoptadas, el enfoque centrado en las redes asistenciales y no en la prevención, la implementación tardía de la estrategia TTA, entre otras que se han indicado. En definitiva, la adopción del plan paso a paso, también llegó de manera tardía, en un momento en que millones de habitantes del país estuvieron sometidos a decisiones de la autoridad sanitaria que restringieron sus derechos y libertades sin mayor conocimiento respecto de sus criterios técnicos.

Adicionalmente, la Comisión recibió ciertos reparos respecto a este plan. El doctor Laval indicó, por ejemplo que “Pero aún, cuando hemos visto la información de la toma de decisiones, no se ha aparejado de cómo esta decisión se refleja en los mismos criterios que definió originalmente el Ministerio de Salud ni tampoco en los criterios que después redefinió el Consejo Asesor. O sea, los criterios no necesariamente corresponden a las decisiones tomadas. Creo que esto es lo más grave, por cuanto se trataba de una tremenda oportunidad para que los criterios fueran claros y transparentes respecto de cómo se deberían tomar las decisiones. Una oportunidad que no solo se ha desperdiciado sino que se han tomado decisiones que van en contra de dichos criterios. Además de la importancia de tener buenos indicadores, acá el problema es que tenemos muchos, lo cual no es malo, pero creo que no se comunican bien. La estrategia de testeos, de trazabilidad y de aislamiento, ha definido cerca de diez indicadores. El Plan Paso a Paso, originalmente, también tenía algunos indicadores, después en el Consejo Asesor los aumentó. Y cuando se empiezan a publicar en el informe Epidemiológico los indicadores, solo se informan algunos del protocolo de trazabilidad, pero no se informan los indicadores del Plan Paso a Paso. Hay algunos de estos indicadores que están en ambos. Por lo tanto, en términos comunicacionales, hay una tremenda confusión”[66].

A ello se debe agregar que no todos los indicadores son claros, precisamente por lo que en el presente documento ya se ha expresado con anterioridad, por ejemplo, en lo relativo al momento de la definición de la trazabilidad.

El mismo doctor ya indicado, también refirió lo siguiente “En cuanto a qué pasa en nuestras comunas con los indicadores. El Consejo Asesor define que

[65] Ministerio de Salud. Resolución exenta N° 591 de 2020.
[66] Sesión N° 16 de 20 de agosto de 2020.

uno de los indicadores para salir de cuarentena a transición es que tengamos un factor Re menor a 1 en los últimos 21 días. Aquí, hice un análisis de cómo fue el Re en los últimos 21 días, en cada una de las comunas de La Araucanía. Prácticamente, ninguna, salvo Curarrehue, había estado por 21 días con un Re menor a 1. O sea, ninguna comuna de La Araucanía, salvo Curarrehue, calificaba para pasar de cuarentena a transición, y la Región de La Araucanía está en apertura inicial hace varios días"[67]. De este simple ejemplo, se pueden extraer otra serie de situaciones en las cuales los indicadores, o bien no eran claros, o derechamente no se cumplían. A mayor abundamiento, si la definición del momento en que se determina la trazabilidad tampoco es diáfana, con menor razón puede aplicarse dicho criterio para adoptar una decisión en torno al plan Paso a Paso.

Finaliza el doctor indicando "Podemos ver un ejercicio con todas las comunas de Chile, donde vemos cuál es la incidencia en la última semana. Estos son los datos del Informe Epidemiológico del 19 de agosto. Entonces, cuando se ve cuántos casos en los últimos siete días por cada 100.000 habitantes, bueno, General Lagos es una singularidad, porque es muy pequeña, pero hay 1.005, esa es la cantidad de casos por cada 100 mil habitantes. En Pica, son 55. Lo que dice el Consejo Asesor es que no debiese haber más de 10, para pasar de cuarentena a transición. Quiere decir que cualquier comuna que tiene más de 10 debiese estar en cuarentena. Estas son las comunas de Chile que debiesen estar en cuarentena con ese criterio: otra página y otra página. De todas esas comunas hay una fracción muy menor de que efectivamente está en cuarentena un día; entonces, lo que a mí más me preocupa es que hay una mala comunicación de los indicadores, hay una mala aplicación de estos, hay un mal entendimiento como sociedad de cómo debemos manejar bien esto"[68].

De todo lo expresado se puede concluir que los indicadores utilizados para el plan paso a paso han sido aplicados sin conocerse por la ciudadanía, de forma clara y precisa, las condiciones para estar en una u otra etapa. Dichos indicadores no son rígidos, sino que tienen una flexibilidad peligrosa, considerando el efecto que tienen en la libertad de las personas. Asimismo, las imprecisiones técnicas en indicadores como la trazabilidad, a las cuales ya se ha hecho referencia en este documento, impactan directamente en la aplicabilidad del Plan Paso a Paso.

- **Conclusiones**

1.La adopción del plan paso a paso también llegó de manera tardía, esto es, recién el 23 de julio. Hasta esa fecha, millones de habitantes del país estuvieron sometidos a decisiones de la autoridad sanitaria que restringieron sus derechos y libertades sin que se tuviera mayor conocimiento respecto de los criterios técnicos utilizados para adoptarlas.

---

[67] Ibídem.
[68] Ibídem.

2.Sin perjuicio de lo anterior, los indicadores utilizados para el plan paso a paso han sido aplicados sin conocerse por la ciudadanía, de forma clara y precisa, las condiciones para estar en una u otra etapa. Dichos indicadores no son rígidos, sino que tienen una flexibilidad peligrosa, considerando el efecto que tienen en la libertad de las personas. Asimismo, las imprecisiones técnicas en indicadores como la trazabilidad, a las cuales ya se ha hecho referencia en este documento, impactan directamente en la aplicabilidad del plan Paso a Paso.

5.Conclusiones relacionadas con la forma de adoptar las decisiones ante la crisis sanitaria por parte del gobierno

➢Consideraciones

a)El Comité de crisis

En declaraciones de varias autoridades, se ha intentado instalar la idea de que las decisiones sobre cómo enfrentar la pandemia se han centralizado en un comité ad-hoc creado al efecto, denominado "*Comité de Crisis*", en que participan, entre otros, el Ministro de Interior y Seguridad Pública, el Ministro de Defensa, el Ministro de Salud y el mismo Presidente de la República.

▪El Ministro de Salud **ENRIQUE PARIS**, señaló que "*En el Comité de Crisis están el Presidente, su jefa de gabinete, la ministra Karla Rubilar, los dos subsecretarios, los que llevan la mesa de datos, los epidemiólogos y también el ministro de Salud*"[69].

Luego, en otra sesión, agregaría que el Comité de Crisis "*se reúne todas las mañanas con el Presidente de la República, con los subsecretarios y con diferentes especialistas en epidemiología para revisar las cifras del día*", y "*sobre la base de esta información* [número contagios] *se van tomando decisiones*"[70].

Cabe indicar que aparte del Comité de Crisis existen otras instancias de colaboración del Ministerio de Salud. De la información que dispone la Comisión, se puede indicar que en la sesión del 03 de agosto de 2020 se escuchó al Ministro de Salud para tratar "sobre las funciones y responsabilidades de los diversos organismos generados ad hoc para el control de la pandemia covid-19, como el Comité de Crisis, el Consejo Asesor Covid-19 y otros de similar naturaleza".

Además del Comité de Crisis, el Ministro de Salud se refirió al Comité de Expertos, indicando "Con respecto al comité de expertos, el ministro que habla, la subsecretaria Paula Daza y el Presidente de la República nos reunimos hoy con el comité de expertos en pandemia. Las críticas, o las sugerencias más bien del comité de expertos en pandemia, fueron que idealmente mejoremos la

[69] Sesión 6°, CEI-47/48.
[70] Sesión 11°, CEI 47/48.

trazabilidad, para lo cual se está trabajando muy fuertemente tratando de coordinar a los seremis con la atención primaria; además, que se agilice el test de saliva y los test rápidos de antígenos, no de anticuerpos"[71].

Respecto de la Mesa Social Covid-19 indicó "La Mesa Social Covid-19 fue organizada y sus integrantes fueron invitados por el exministro Blumel, ministro del Interior de la época" agregando que "Más aún, no tengo por qué defender a la mesa porque ya no pertenezco a ella; incluso, tiene una página web donde aparece publicado todo lo que se ha tratado. Por tanto, si además de eso hay que hacer un acta, tienen que definirlo ellos. No es mi responsabilidad"[72].

No hubo referencias en el acta de la antedicha sesión respecto del Consejo Asesor COVID-19. En la página de transparencia de la Subsecretaría de Salud Pública consta que con fecha 11 de marzo de 2020 el ex Ministro Jaime Mañalich, vía Resolución Exenta N° 131 creó este grupo de trabajo, que tenía por finalidad "asesorar al Ministerio de Salud en la formulación de políticas y en la implementación de estrategias y prácticas de prevención, diagnóstico, abordaje y tratamiento del COVID-19, para evitar su propagación en el país"[73].

Asimismo, se han creado otras mesas de trabajo, a saber, el Comité Integrado de aprovisionamiento de bienes y servicios por situación de pandemia COVID-19 (Resolución exenta 331), la Mesa Asesora en temas de bienestar y salud mental en el contexto de la pandemia de COVID-19; la Comisión Asesora sobre análisis de la mortalidad COVID-19; y el Comité ético científico consultor ad-hoc para investigación científica relativa a vacunas COVID-19.

b)Las competencias legales y la toma de decisiones

Es importante aclarar que el Comité de Crisis no es un órgano ejecutivo que tenga competencias legales para tomar decisiones de ninguna clase. Su carácter es eminentemente consultivo, por lo que las decisiones que se toman siguen recayendo en las autoridades que tienen la competencia legal y constitucional para hacerlo, particularmente el Presidente de la República y el Ministro de salud, como veremos.

Esto fue explicado en términos bastante claros por el Señor Contralor General de la República quien indicó que: "*En realidad, este comité corresponde a una especie de actuación informal de la administración; este comité no es un órgano público, sino que es un mero comité asesor que se escucha o no, pero la decisión, la potestad, la facultad legal la tiene el Presidente de la República y en quien la delegue, que, en este caso, es el ministro de Salud. Entonces, ellos son los que toman las decisiones, porque ahí es donde está el poder público, que tiene la facultad por la Constitución y por la ley. Entonces, este comité es simplemente, como se denomina técnicamente, una especie de órgano asesor, una*

[71] Ibídem.
[72] Ibídem.
[73] Ministerio de Salud. Resolución Exenta N° 131 de 2020.

manifestación de la actuación informal de la administración, no es un órgano público, no ejerce poder público. Un ejemplo concreto de ello es que no hay responsabilidad administrativa de las personas que participan. Nosotros no le podemos hacer un sumario a esas personas, porque quien tiene el poder es la autoridad pública, el ministro y el Presidente de la República"[74].

Lo anterior es relevante tenerlo presente, porque en algunas declaraciones de las autoridades se ha señalado al Comité de Crisis como el órgano del cual provienen las decisiones, lo cual, además de no ser efectivo, **impide transparentar y fijar de manera clara las responsabilidades personales por las decisiones que se toman o se omiten**. Lo anterior queda en evidencia en las siguientes declaraciones:

▪El 2 de julio de 2020, el Ministro de Salud **ENRIQUE PARIS** señaló que "*En cuanto a los criterios para liberar cuarentena, no soy yo el responsable de tomar esa decisión, sino el Comité de Crisis*"[75]. Sin embargo, jurídicamente es justamente él mismo, o el Presidente de la República, si no es él, el responsable de tomar dicha decisión, como lo evidencian los sendos considerandos de las resoluciones mediante las cuales se ha decretado la medida de cuarentena, que emanan precisamente desde su Ministerio[76].

▪El 13 de julio de 2020, el **INTENDENTE DE LA REGIÓN DE ATACAMA**, se le preguntó insistentemente quién decidía si se decretaba una cuarentena o no en la Región. Luego de varios rodeos, admitió de manera poco precisa que "*Cada vez que nos han pedido solicitar una medida en particular, diariamente solicitamos que las autoridades de Salud, y fundamentalmente el comité de crisis, analice todas esas propuestas para ver si son posibles de implementar"* [77]. En esta declaración, y considerando la actitud de dicha autoridad ante una pregunta bastante sencilla (¿quién decide las cuarentenas?), la referencia al Comité de Crisis le permitió contestar una pregunta crítica sin apuntar a nadie en particular.

▪El 03 de agosto de 2020, nuevamente el Ministro de Salud, **ENRIQUE PARIS**, se refiere al Comité de Crisis para dar a entender que las decisiones que le competen a él, en verdad son de este comité. Específicamente, en dicha sesión adelantó una posible medida sanitaria respecto de la comuna de Tierra Amarilla, solicitando no se publicara dicha parte de su declaración, "*porque tengo que respetar las decisiones del Comité de Crisis*"[78]. Al respecto, cabe

---

[74] Sesión 12°, CiE-47/48.
[75] Sesión 6°, de la CEI-47/48.
[76] Por ejemplo, la res. exenta N° 215, de fecha 30 de marzo de 2020, del MINSAL.
[77] Sesión 9°, CEI-47/48.
[78] Sesión 11°, CEI-47/48. Para entender mejor la cita, se transcribe en su integridad: "*Estoy muy consciente de Tierra Amarilla. Conozco Tierra Amarilla porque cuando hubo inundaciones hace algunos años fui a Trabajar al lugar. Como usted dice, está con cifras muy altas. Esto tiene que quedar entre nosotros, porque la población no puede enterarse por esta vía que vayamos a hacer un cambio. Es muy probable que tengamos* un cambio. El señor MULET (Presidente).- Vamos a decretar secreta esta parte de la sesión. El señor PARIS (ministro de Salud).- Yo no he anunciado nada, pero es muy probable que haya un cambio, porque tengo que

hacer la misma observación: el que toma las decisiones en materia sanitaria es él, o en subsidio, el Presidente de la República, nunca el Comité de Crisis.

Sin perjuicio de lo anterior, en otras declaraciones las autoridades han señalado, en términos más o menos claros, la persona en quien reside realmente la facultad decisoria, y que es completamente coherente con lo señalado por el Contralor General de la República, en cuanto a que las únicas dos autoridades de dicho Comité que tienen competencias legales para adoptar decisiones sobre medidas sanitarias son **el Ministro de Salud, o el Presidente de la República**.

▪El día 13 de junio de 2020, su discurso público de salida, el ex Ministro de Salud, **JAIME MAÑALICH**, señaló que es el Presidente quien "*ha liderado esto […] en sus decisiones*".

▪El 25 de junio de 2020, en una entrevista a la Radio Biobío, el Subsecretario de Redes Asistenciales, **ARTURO ZÚÑIGA**, fue aún más claro, señalando expresamente que "*el presidente Sebastián Piñera […] para bien o para mal [...] él toma las decisiones, él es el responsable*"[79], agregando que ellos le presentan todos los datos y sus consideraciones, pero que las decisiones las toma finalmente él.

Sin embargo, El 7 de septiembre de 2020 se desdijo completamente, señalando ante la comisión investigadora que "*como dije en una entrevista a la radio Bío-Bío, todas las decisiones se adoptan en forma consensuada*"[80]. Con ello se vuelve a intentar difuminar la responsabilidad en un ente sin competencias legales, con la finalidad de no apuntar a nadie como responsable por las medidas que se toman o se dejan de tomar, a pesar de que sus primeras palabras no dejan lugar para la interpretación que hizo posteriormente.

▪El 2 de julio de 2020, el Ministro de Salud, **ENRIQUE PARIS,** ante los cuestionamientos frente a la duplicidad de cifras, señaló que "*Estamos proponiendo a la Presidencia llevar un solo tipo de registro, y ese tipo de registro debería ser el registro que lleva el Departamento de Estadísticas e Información de Salud*"[81].

De esta forma, indirectamente da a entender que la comunicación de cifras oficiales en materia de salud pública no está, en los hechos, radicada en su cartera, sino que en el Presidente de la República.

Por otra parte, consta que mediante Decreto Supremo N°9 del Presidente de la República, de fecha 16 de marzo de 2020, se designó como Ministro Coordinador "de las tareas que, en el ámbito de la emergencia de salud

---

respetar las decisiones del Comité de Crisis, que está integrado por muchas personas, son varios ministros, subsecretarios, expertos en epidemiología, en estadísticas, etcétera".

[79] https://eluniversal.cl/contenido/13637/video-arturo-zuniga-confiesa-que-todas-las-decisiones-sobre-el-covid-19-en-chile

[80] Sesión 4°, CEI-50.

[81] Sesión 6°, CEI-47/48.

pública de importancia internacional por brote del nuevo coronavirus denominado Covid-19, correspondan a los Secretarios de Estado de las Carteras de Salud, Educación y Trabajo y Previsión Social; al Ministro de Salud". En los considerandos de este Decreto se contempla que "resulta necesario contar con un ministro coordinador de las diversas acciones y medidas que deban adoptarse para un adecuado manejo de la situación mencionada"[82].

En lo formal, las diversas resoluciones que han decretado cuarentena, cordon sanitario, aduana sanitaria u otros, son emitidas por el Ministro de Salud de turno, mediante Resolución Exenta publicada en el Diario Oficial. Una vez que se publicó el Plan Paso a Paso (resolución exenta Nº 591, de 2020, del Ministerio de Salud) el Ministro de Salud dispone el avance o el retroceso en el plan en la misma forma, esto es, a través de resoluciones exentas firmadas por dicho Ministro.

Por lo tanto, en base a la información que se tiene, es posible señalar que las decisiones más importantes en materia de salud pública dentro del contexto de la pandemia –entre ellas la estrategia concreta implementada y la comunicación de cifras al público-, han sido tomadas por el Presidente de la República, siendo el Ministro de Salud quien ejecuta dichas decisiones a través de diversos actos formales de la Administración Pública, que emanan de su cartera.

De esta manera, los reproches formulados respecto de cada una de las etapas de la pandemia en nuestro país deben ser extendidos al correspondiente Ministro de Salud, y en especial, al Presidente de la República, teniendo en consideración que el Ministro sólo es un representante directo e inmediato del Jefe de Gobierno, y que es dicha autoridad la única que al interior del Comité de Crisis puede adoptar la decisión final. Para esta Comisión, son el Presidente de la República, y los Ministros de Salud en cada caso, los responsables políticos del manejo de la pandemia en Chile, y sus efectos, según lo que se ha concluido hasta acá.

c)Sobre el principio centralizador que fundó la toma de decisiones en desmedro de la confianza en las capacidades locales para el control de la pandemia

Según lo que se ha dicho hasta acá, el Presidente de la República y los respectivos Ministros de Salud fueron las autoridades que decidieron de manera exclusiva y excluyente las medidas a adoptar en el control de la pandemia.

Adicionalmente a lo indicado, cabe referirse a la centralización de las decisiones en dichas autoridades. Distintos invitados de la Comisión se refirieron a la relevancia de descentralizar la toma de decisiones en el manejo de una emergencia como la pandemia que vive el mundo.

---

[82] Presidente de la República. Decreto Supremo N°9 de 16 de marzo de 2020.

En efecto, el señor Bacigalupe planteó que “La claridad y transparencia de indicadores y corrección flexible. Es decir, necesitamos claridad. Por ejemplo, si ustedes van a un diario francés, todos los días aparecen los indicadores. En todos los diarios comunales aparecen los indicadores y donde está la comunidad. Entonces, las personas pueden tomar decisiones; en Suecia pasa algo parecido. Se necesita desnacionalizar la pandemia. Lo he planteado muchas veces, hay varios documentos y eso significa empoderar local y territorialmente. Esto no es una idea ideológica, esto es algo que está en el contexto de cómo se plantean las emergencias en Chile respecto de terremotos, temblores, fuego. Hay un juego entre la centralización y la descentralización”[83].

Añadió que: “Respecto de la gobernanza en el contexto de regiones, somos un país largo, tenemos muchas epidemias. Cada región tiene comportamientos bastantes distintos en términos de la evolución, no porque el virus sea distinto, sino más bien porque cada región tiene sus propias particularidades y conductas de movilidad social, en términos de vulnerabilidad. En cuanto a la gestión de riesgo de desastre, se recomienda fortalecer la estructura local de “regionarse”; se necesitan mesas, las hubo. Incluso, en algunos lugares se organizaron mesas covid, pero la autoridad fue tan nefasta con estos expertos, que voluntariamente firmaron para estar ahí, que finalmente no se les consultaba, y cuando recomendaban algo, les decían que no.

Entonces, hay que articular mesas de expertos, y no solo expertos profesionales, sino también con gente que conoce la comunidad. Porque, al final, muchas veces, el presidente de la junta de vecinos o el presidente del club de fútbol terminado sabiendo más de la comunidad que cualquier trabajador social del área municipal. Esa articulación ha faltado, junto con […] todas las regiones, epidemiólogos, salubristas, médicos y cientistas sociales, que conocen el trabajo.

En Chile hay una gran capacidad humana. Eso es indudable, faltó como articularlo en términos de […] Obviamente, siempre se necesita una directriz central, que precisamente está para apoyar, para fortalecer, no simplemente para articular una cuestión que al final no tiene relación con el resto del país.”[84].

En la misma línea, la doctora Siches planteó que: “El Consejo Asesor y el Colegio Médico han planteado, en forma muy reiterada, mucho centralismo. Acá se necesitaba mayor protagonismo de las autoridades regionales y locales, y ahí creo que cometimos un error. Comunicación de riesgo, frágil, poco estructurada y ojalá lo podamos solucionar prontamente con el plan que se está desarrollando en el Ministerio de Salud”[85]. En ese sentido, recomendó “descentralización con pertinencia regional en las decisiones; una escucha activa, participando los distintos actores, y un énfasis en la protección de las poblaciones vulneradas”[86].

---

[83] Sesión N° 22 de 05 de octubre de 2020
[84] Ibídem.
[85] Sesión N°18 de 03 de septiembre de 2020.
[86] Ibídem.

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

Al respecto, tenemos algunas observaciones, por ejemplo, no estamos de acuerdo con el hecho de que el municipio no tenga acceso a los casos de las isapres. Pensamos que el municipio debe ser un comando que vea la integralidad de la situación de su territorio, de manera de que todos los días tengan una sala de crisis y rápidamente puedan designar y establecer acciones rápidas para controlar los eventuales brotes, lo que implica un nivel de comando y no solo de incorporar información a nivel local.

No es como un micrófono, debe ser como un pequeño cerebro, porque no basta con que solo informe al nivel superior, sino que debe haber un nivel de comando a nivel del municipio para que se indiquen las acciones y sean oportunas. Si se espera que las acciones se tomen al nivel de la seremi o al nivel central siempre van a ser tardías, porque es muy distinta la situación a lo largo de todo el país. Por ejemplo, la situación de Santiago, donde están todas las entidades en los mismos territorios, comparada con la de Antofagasta o lo que ocurre en Iquique, o la situación de Calama, muy distante de Antofagasta. Por lo tanto, se necesita tener un comando en cada uno de esos lugares”[87].

Agregó que: “(…) nosotros trabajamos mucho tiempo en implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de respuesta a emergencias, que se basa en la respuesta del nivel local y en el fortalecimiento de la atención primaria con delegados de epidemiología. Ese es el primer nivel de respuesta para cualquier emergencia, porque toda emergencia es local, antes de llegar a un nivel regional y nacional[88].

El ex Ministro de Salud, señor Erazo, indicó también que: “A mi modo de ver, hay serias dificultades para que los seremi jueguen un rol de mayor profesionalismo, desde el punto de vista de la salud pública y de la epidemiología, con el fin de ser el principal soporte de la respuesta sanitaria. Finalmente, esta es una respuesta de salud pública y, por supuesto, de las redes asistenciales también.

Creo que ese ha sido el principal escollo, que tiene como agravante, según mi parecer, los problemas de falta de actualización y transferencia de información oportuna y adecuada a los niveles locales de salud. Como Consejo Asesor hemos entrevistado a representantes de algunas comunas, por supuesto, no tenemos el diagnóstico en profundidad. Pero me sorprendió, por ejemplo, que las transferencias de recursos que estaban comprometidas para la implementación del sistema de trazabilidad, más que se quejaban, objetivaban

[87] Sesión N°13 de 10 de agosto de 2020.
[88] Ibídem.

que se estaban demorando mucho en hacerlo efectivo en los distintos municipios y, por ende, eso genera un impacto, sobre todo cuando se debe hacer una planificación más allá de un mes; o sea, la forma de la planificación presupuestaria en la transferencia de recursos para enfrentar la pandemia en términos de trazabilidad no es posible hacerla si se programa una transferencia solo con un mes, puesto que usted debe pensar que esto va a durar varios meses. Por lo tanto, los recursos deben ser en un plan trimestral o semestral, por lo que la transmisión de esa información es clave respecto de cómo se va a manejar presupuestariamente esta respuesta sanitaria"[89].

El Dr. Pérez Acle agregó que: "las autoridades locales tienen que tener más poder para la toma de decisiones, porque son los que conocen el territorio"[90].

Como se puede observar, la Comisión recibió sendos antecedentes sobre la trascendencia de fortalecer las capacidades locales para el control de la pandemia del COVID-19. Asimismo, recibió distintas críticas efectuadas al gobierno en relación con la débil transferencia de poder de decisión a las autoridades regionales y locales. En efecto, todas las decisiones fueron tomadas por el Presidente de la República y sus Ministros de Salud, con escasa participación de los gobiernos locales. Incluso más, se recibió noticia de que los recursos comprometidos a la atención primaria de salud, eminentemente local, tardaron bastante en transferirse, lo que dificultó sin duda la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento.

En definitiva, con todos estos antecedentes a la vista, la Comisión concluye que el proceso de toma de decisiones durante la pandemia ha tenido un marcado y preocupante carácter centralizado, con exclusión de las capacidades regionales y locales. Lo anterior se verifica aun cuando el enfoque correcto recomendado a nivel internacional es justamente fortalecer la información, recursos, y decisión de los organismos regionales y locales. La estrategia del control de la pandemia careció de una mirada descentralizadora, de mayor confianza en las comunidades, privilegiando la concentración del poder en las decisiones, particularmente en el Comité de Crisis, y al interior de éste de quienes lo controlan: el Presidente de la República y sus respectivos Ministros de Salud. Con este enfoque, el gobierno no sólo excluyó de la toma de decisiones a estas entidades, sino que además, desaprovechó las fortalezas de las capacidades locales, la atención primaria y numerosos expertos que se ofrecieron a participar.

➢<u>Conclusiones</u>

1.Si bien en distintas oportunidades el gobierno ha señalado al Comité de Crisis como el órgano del cual provienen las decisiones, esto no es efectivo, y además, impide transparentar y fijar de manera clara las responsabilidades personales por las decisiones que se toman o se omiten.

[89] Sesión N° 14 de 13 de agosto de 2020.
[90] Sesión N° 15 de 17 de agosto de 2020.

2.Para la Comisión es claro que las únicas dos autoridades del Comité de Crisis que jurídicamente tienen competencias legales para adoptar decisiones sobre medidas sanitarias son el Presidente de la República y el Ministro de Salud.

3.Las decisiones más importantes en materia de salud pública dentro del contexto de la pandemia –entre ellas la estrategia concreta implementada y la comunicación de cifras al público-, han sido tomadas por el Presidente de la República, siendo el Ministro de Salud quien ejecuta dichas decisiones a través de diversos actos formales de la Administración Pública, que emanan de su cartera.

4.Para esta Comisión, son el Presidente de la República, y los Ministros de Salud en cada caso, los responsables políticos del manejo de la pandemia en Chile, y sus efectos, según lo que se ha concluido hasta acá.

5.El proceso de toma de decisiones durante la pandemia ha tenido un marcado y preocupante carácter centralizado, con exclusión de las capacidades regionales y locales. Lo anterior se verifica aun cuando el enfoque correcto recomendado a nivel internacional es justamente fortalecer la información, recursos, y decisión de los organismos regionales y locales. La estrategia del control de la pandemia careció de una mirada descentralizadora, de mayor confianza en las comunidades, privilegiando la concentración del poder en las decisiones, particularmente en el Comité de Crisis, y al interior de éste de quienes lo controlan: el Presidente de la República y sus respectivos Ministros de Salud. Con este enfoque, el gobierno no sólo excluyó de la toma de decisiones a estas entidades, sino que además, desaprovechó las fortalezas de las capacidades locales, la atención primaria y numerosos expertos que se ofrecieron a participar.

6. Conclusiones relacionadas con los actos del Gobierno referidos a políticas públicas destinadas a solventar la caída de ingresos de la población, en especial los más vulnerables, por causa de las medidas sanitarias

➢Consideraciones

Durante el período inicial de la pandemia del COVID-19 en nuestro país, se comenzó a avizorar la necesidad de adoptar medidas eficaces para solventar la caída de ingresos de las familias chilenas como consecuencia de las restricciones en la movilidad ordenadas por la autoridad sanitaria. En ese contexto, el gobierno se precipitó a proponer al Congreso Nacional una serie de políticas públicas para enfrentar la crisis socioeconómica que previsiblemente se aproximaba. No obstante, la mayoría de estas tuvieron un marcado énfasis de focalización, provocando segregación en los distintos segmentos de la sociedad,

de acuerdo a su nivel de ingresos. Esta segregación asumió que las variables que antes de la pandemia se manejaban para distribuir y asignar los beneficios sociales del Estado eran adecuadas para servir a los desafíos que la pandemia presentaba al país.

A juicio de esta Comisión Investigadora, los distintos proyectos de ley que se tramitaron en el Congreso Nacional durante su funcionamiento -cuyo objetivo era solucionar la antedicha problemática- no tuvieron el impacto esperado en la ciudadanía, lo que generó una clara dificultad para asumir las cuarentenas, u otras medidas restrictivas de la libertad, por parte de la población, agravando la situación sanitaria.

En este contexto, se debe relevar la propuesta de diversas bancadas de diputados para retirar el 10% de los fondos previsionales, con motivo de la crisis socioeconómica del COVID-19. Para esta Comisión, esta iniciativa -que a la postre fue aprobada sin apoyo del gobierno- aminoró, en gran parte, la caída de ingresos de la población, especialmente de los más vulnerables, problemática que debió ser asumida por el gobierno mediante gasto fiscal. No obstante, los diversos errores de diseño de dichas políticas públicas ocasionaron que los esfuerzos del gobierno no fueran tan efectivos como la universalidad que supuso el retiro del 10% de los fondos previsionales.

A modo ejemplar, se detallarán algunas de estas inicitivas, por su particular relevancia en cuanto a beneficiarios y montos involucrados.

a)En relación a las modificaciones efectuadas al FOGAPE

La Comisión recibió información respecto de la línea Fogape-COVID por medio de Oficio Ord. N° 30.565 de la Comisión del Mercado Financiero.

La línea Fogape-Covid 1 (Ley N° 21.229), se construyó como un programa de garantía estatal que facilitaba a las empresas el acceso a financiamiento de capital de trabajo, en mejores condiciones (por ejemplo, tasa y meses de gracia), y que se hayan visto afectadas producto de la pandemia, cumpliendo los requisitos que establece la reglamentación dictada para esos efectos. Estos créditos los entregan Bancos y Cooperativas de Ahorro y Crédito fiscalizadas por la Comisión para el Mercado Financiero.

|En lo concreto, el crédito a las empresas con garantías del Estado permite garantizar préstamos por un monto de hasta US$ 24.000 millones. En la tabla se puede apreciar la magnitud de la política.

Solicitudes y curses de crédito asociados al programa FOGAPE COVID19 (02/10/2020) (*)

Solicitudes y curses por institución financiera (montos en Unidades de Fomento)

Institución	Total de solicitudes (A+B+C+D+E)		Solicitudes registradas (A)		Solicitudes en estado de evaluación (B)	
	Número	Monto	Número	Monto	Número	Monto
Banco de Chile	40.493	78.496.482	89	90.729	351	3.282.436
Internacional	414	2.496.479	-	-	57	421.668
Banco del Estado	228.975	124.630.497	-	-	33.604	26.629.578
Scotiabank	10.899	36.427.685	1.374	6.093.202	26	21.453
BCI	31.795	84.345.978	-	-	1.957	3.402.654
BICE	685	3.428.855	4	32.393	76	324.971
Santander	59.140	94.374.698	-	-	-	-
ITAU	15.150	40.649.152	-	-	137	353.185
Security	1.435	6.953.041	8	67.193	36	122.555
Consorcio	174	1.838.544	2	41.798	7	97.528
COOPEUCH	282	132.974	10	3.636	2	1.080
Total	**389.442**	**473.774.384**	**1.487**	**6.328.952**	**36.253**	**34.657.109**
Millones de USD		17.326		231		1.267

Institución	Solicitudes Aprobadas sin cursar y/o desistidas (C)						Solicitudes Cursadas (D)	
	Aprobada sin cursar		Aprobada y no concretada por el solicitante (desistimiento)		Total		Cursada	
	Número	Monto	Número	Monto	Número	Monto	Número	Monto
Banco de Chile	1.469	5.388.790	-	-	1.469	5.388.790	37.216	62.803.059
Internacional	9	26.298	-	-	9	26.298	260	1.532.939
Banco del Estado	12.336	13.781.068	8.877	5.428.421	21.213	19.209.488	131.947	49.559.932
Scotiabank	98	177.085	8	22.863	106	199.948	4.670	21.136.281
BCI	6.547	11.294.222	-	-	6.547	11.294.222	21.498	64.981.878
BICE	121	806.224	-	-	121	806.224	441	2.167.862
Santander	11.268	13.173.584	995	2.115.215	12.263	15.288.799	36.831	68.501.938
ITAU	2.037	4.636.352	-	-	2.037	4.636.352	9.582	26.805.337
Security	74	396.083	138	710.434	212	1.106.517	436	1.873.143
Consorcio	19	204.774	5	31.174	24	235.948	113	1.032.796
COOPEUCH	5	2.062	23	29.143	28	31.205	220	65.732
Total	**33.983**	**49.886.541**	**10.046**	**8.337.250**	**44.029**	**58.223.791**	**243.214**	**300.460.897**
Millones de USD		1.824		305		2.129		10.988

[91]

La Comisión estima que esta política pública no se construyó teniendo a la vista a los clientes desbancarizados, los que tuvieron una serie de dificultades, sino una imposibilidad, de acceder al financiamiento de estas líneas de crédito. De esta manera, y atendiendo al perfil de empresas que podían ser beneficiadas, lo cierto es que las que no tenían una relación comercial bancaria saludable no podían acceder al beneficio, mientras que otras grandes empresas, sí pudieron hacerlo, generando una discriminación difícilmente justificable.

Según las estadísticas de la CMF al 16 de octubre de 2020, de 394.183 solicitudes, se rechazaron 65.173. De esta cifra, casi la totalidad corresponde a micro y pequeñas empresas (59.473), mientras que las empresas grandes II sólo tienen 337 rechazos. Así las cosas, esto significó que miles de micro y pequeñas empresas y sus trabajadores no tuvieran la posibilidad de mantener la operación, llevando derechamente a la insolvencia y posterior liquidación de sus activos.

Institución	Solicitudes Rechazadas (E)							
	Rechazada por falta de información		No cumple con los requisitos del programa		Rechazada por no cumplimiento de las políticas de la propia institución		Total	
	Número	Monto	Número	Monto	Número	Monto	Número	Monto
Banco de Chile	3	19.331	232	1.281.038	1.133	5.631.099	1.368	6.931.468
Internacional	25	170.534	19	92.826	44	252.214	88	515.574
Banco del Estado	-	-	28.778	16.958.907	13.433	12.272.592	42.211	29.231.499
Scotiabank	554	521.729	184	2.504.967	3.985	5.950.104	4.723	8.976.800
BCI	-	-	492	1.112.862	1.301	3.554.362	1.793	4.667.224
BICE	-	-	-	-	43	97.405	43	97.405
Santander	-	-	2.907	-	7.139	10.583.961	10.046	10.583.961
ITAU	-	-	600	1.044.638	2.794	7.809.640	3.394	8.854.277
Security	105	950.875	45	261.531	593	2.571.227	743	3.783.633
Consorcio	4	47.371	-	-	24	383.104	28	430.475
COOPEUCH	2	784	12	26.688	8	3.849	22	31.320
Total	**693**	**1.710.624**	**33.269**	**23.283.456**	**30.497**	**49.109.556**	**64.459**	**74.103.636**
Millones de USD		63		852		1.796		2.710

[92]

[91] http://www.cmfchile.cl/portal/principal/605/w3-propertyvalue-29538.html
[92] http://www.cmfchile.cl/portal/principal/605/w3-propertyvalue-29538.html.

Por otra parte, debe mencionarse que las condiciones de los créditos que pueden ser cubiertos con garantía Fogape-COVID19 limitan y coartan el acceso al beneficio. El monto máximo a financiar es de 3 meses de ventas netas de IVA, lo que ya implica una importante focalización, y, además, los créditos son reembolsables en cuotas. Tienen plazos de entre 24 a 48 meses, pero lo cierto es que aún no se tiene total certeza respecto de los efectos en el tiempo que provocará la pandemia en la economía, ni tampoco del nivel de desarrollo de las soluciones medicas, vacunas, medicamentos y otros insumos farmacológicos que podrían permitir un desarrollo normal de la actividad de las micro, pequeñas y medianas empresas.

b)Ingreso familiar de emergencia

El Ingreso Familiar de Emergencia, en adelante e indistintamente IFE, es un aporte directo a familias vulnerables del país que tengan ingresos informales o formales insuficientes, entregado bajo la base de los profundos efectos sociales y económicos generados por la pandemia del COVID-19, en especial por las medidas sanitarias adoptadas, tales como las cuarentenas, toques de queda. las cuales impiden que las personas desarrollen con normalidad sus labores, trabajos o formas.

Este bono, creado por la Ley N° 21.230 (publicada el 16 de mayo de 2020) tuvo que ser modificado en 2 ocasiones, puesto que existieron una serie de deficiencias desde el punto de vista de la elaboración del universo de potenciales beneficiarios, como asimismo, en cuanto a la insuficiencia del monto aportado a cada familia. Las modificaciones se publicaron el 06 de junio y el 03 de agosto). La sola circunstancia de ser un cuerpo legal que tuvo que modificarse 2 veces en menos de 3 meses permite evidenciar la deficiencia en la construcción de una de las políticas públicas más relevantes para paliar la caída de ingresos de los más vulnerables, atendido el universo objetivo de beneficiarios.

Asimismo, para esta Comisión, el IFE no se enfocó en auxiliar a la clase media, en especial, en su versión original, puesto que requería la ausencia total de ingresos formales, o bien, que la parte de éstos fuera inferior al beneficio recibido. Además, el monto otorgado por el IFE estaba por debajo de la línea de la pobreza por persona equivalente.

Por otra parte, y pese a ser su objetivo declarado, el IFE no llegó a todas las personas de los segmentos más vulnerables de la población. Para esta Comisión, ello se provocó en gran parte por la utilización del Registro Social de Hogares y el Indicador Socioeconómico de Emergencia para la asignación del beneficio. En el IFE original no se estructuró la debida flexibilidad del Registro Social de Hogares (en adelante RSH), impidiendo que pudiera reflejar la situación socioeconómica de la familia en los últimos 2 o 3 meses anteriores a solicitar el beneficio.

En este sentido, es pertinente relevar el Informe Final de la Contraloría General de la República emitido el 01 de septiembre del presenterespecto de la Subsecretaría de Evaluación Social,, el cual detectando que el RSH presentaba desactualizaciones y/o desajustes que impedían contar con información actualizada de los respectivos puntajes, ordenó lo siguiente: “la Subsecretaria de Evaluación Social deberá tomar las medidas para concretar la implementación de mecanismos de actualización permanentes y oportunos de manera de contar con datos que le permitan construir una Calificación Socioeconómica representativa de la realidad al momento de otorgar los beneficios”[93]. Esta situación permite visualizar claramente que no fue apropiado utilizar el RSH para determinar los beneficiarios de medidas económicas, puesto que éstas tenían por objetivo atender situaciones de emergencia e imprevisibles, cuestión que excedía al mencionado instrumento.

Asimismo, si la familia no se había registrado en el RSH uno de sus integrantes debía realizar en cada municipalidad, en forma presencial, la solicitud de acceso, entregando la documentación que acreditara los ingresos y la residencia. De esta manera, y aun cuando fue previsible, y anticipado por los legisladores en el trámite legislativo, un alto número de familias que no tenían su RSH, o bien, lo tenían desactualizado en relación a su situación socioeconómica vigente, se vieron en la necesidad de arriesgarse al contagio.

De esta manera, pese a las extensas cuarentenas y otras medidas restrictivas de la libertad que se registran incluso hasta la fecha en distintas comunas del país, el gobierno no efectuó un diseño adecuado de las políticas públicas destinadas a solventar la caída de ingresos de la población por causa de las medidas sanitarias, en especial, de los más vulnerables. Las políticas implementadas no fueron de carácter universal, sino que se adecuaron a cada segmento socioeconómico de la población, aumentando la segregación y la vulnerabilidad ante los efectos de la pandemia.

c) Enfoque de género: situación socioeconómica de la mujer durante el COVID-19

La situación económica de las familias chilenas es catastrófica, más aún si se considera que, de acuerdo a datos del Censo 2017, un 85% de los hogares monoparentales tienen una jefa de hogar. Las mujeres hoy en día se han visto particularmente afectadas por la pandemia pues son quienes históricamente se han hecho cargo de las labores de cuidado de niños, niñas y personas de la tercera edad, así como de labores domésticas. En este sentido, han sido las mujeres de nuestro país quienes se han visto con mayor carga en el hogar, con menor tiempo disponible para trabajar -en el caso de aquellas que pueden trabajar desde sus casas-, o incluso impedidas de retornar a sus trabajos como consecuencia de un manejo sanitario deficiente que, a 7 meses de haber ingresado el virus a nuestro país, aún no ofrece garantías suficientes para el

[93] Contraloría General de la República. Informe Final Subsecretaria de Evaluación Social. Oficios 271-A, 398-A y 400-A/2020 de 01 de septiembre de 2020.

retorno de los escolares. En términos económicos, las mujeres han retrocedido más de 10 años, disminuyendo su participación laboral del 52% a un 42%, esto es, 4 puntos porcentuales menos que lo registrado para 2010.

Para la Comisión el gobierno les ha fallado a las mujeres en el manejo de la pandemia puesto que, además de tener que llevar la carga del hogar y los niños y niñas, deben renunciar a sus ingresos y la poca independencia económica que tenían. Además, se han visto expuestas a mayores situaciones de violencia de género en sus hogares.

Estas consecuencias se han provocado directamente por medidas adoptadas por el gobierno, a saber, la suspensión de clases, las extendidas cuarentenas, y la falta de medidas económicas de apoyo idóneas. No obstante, lo cierto es que las políticas y planes dirigidos a las mujeres para enfrentar estos problemas, han estado ausente durante todo el transcurso de la pandemia.

En consecuencia, a juicio de la Comisión, el gobierno no elaboró, ni menos aplicó, políticas y/o planes para responder a las específicas necesidades de las mujeres, pese a que su situación doméstica y laboral se agravó con la pandemia. Especial gravedad merece el aumento de violencia intrafamiliar que se produjo por la extensión de las cuarentenas, según se ha mencionado. El enfoque de género estuvo –y continúa estando- ausente en el manejo de la pandemia por parte del gobierno.

d) Situación de los pueblos indígenas durante la pandemia

La ausencia de enfoque para la adopción de políticas específicas destinadas a las mujeres también se replica en el caso de los pueblos originarios. En sesión N° 23 de 08 de octubre de 2020, compareció a la Comisión la Asamblea Originaria por la Descolonización y la Plurinacionalidad.

Según se informó a la Comisión, la Asamblea propuso una serie de políticas al Presidente de la República, los cuales buscaban que se cumpliera con las normas internacionales y la legislación chilena en materia indígena. Según se indicó en la Comisión, la carta fue suscrita por 300 organizaciones indígenas a nivel nacional. Lo cierto es que, según indicó la Asamblea hasta la fecha no han recibido ninguna respuesta de parte del Ministerio de Desarrollo Social[94].

En la misma sesión, los representantes de la Asamblea indicaron lo siguiente: “denunciamos a Contraloría que el Estado de Chile no ha levantado datos estadísticos sobre contagios […] originarios […] el Estado actúa a ciegas sobre los pueblos, respecto de los cuales tiene un deber de protección especial, en virtud del artículo 5° del Convenio 169, y medidas adecuadas, de acuerdo a lo señalado en el artículo 1° de la Ley Indígena. No se cuentan nuestros enfermos, no cuentan muertos y, por lo tanto, el Estado no sabe cómo nos está afectando a

[94] Sesión N° 23 de 08 de octubre de 2020.

nosotros como pueblos originarios esta pandemia. Ahí señalábamos también que debemos tolerar que cada día el Minsal informe sobre las estadísticas nacionales, pero sin ningún dato específico sobre nosotros […] los que no aparecen siquiera en los informes epidemiológicos”[95].

La Comisión comparte la visión planteada por la Asamblea, agregando que no es más que otra manifestación de la falta de políticas adecuadas para enfrentar el COVID-19 en nuestro país, en especial respecto de grupos vulnerables cuyos derechos humanos deben ser especialmente cautelados. El gobierno no adoptó políticas y/o planes dirigidos específicamente a atender la situación indígena durante la pandemia, ni tampoco consideró un reporte diferenciado para analizar su estado epidemiológico pese a las obligaciones que tiene el Estado respecto a la promoción de sus derechos y libertades fundamentales.

➢Conclusiones

1.El gobierno se precipitó a proponer al Congreso Nacional una serie de políticas públicas para enfrentar la crisis socioeconómica que previsiblemente se aproximaba. No obstante, la información recibida por la Comisión en relación a estas medidas, particularmente las modificaciones al Fogape y el Ingreso Familiar de Emergencia que se detallan en el cuerpo de las consideraciones, permite indicar que éstas tuvieron un marcado énfasis de focalización, provocando segregación en los distintos segmentos de la sociedad, de acuerdo a su nivel de ingresos.

2.Los distintos proyectos de ley que se tramitaron en el Congreso Nacional durante su funcionamiento -cuyo objetivo era solucionar la antedicha problemática- no tuvieron el impacto esperado en la ciudadanía, lo que generó una clara dificultad para asumir las cuarentenas, u otras medidas restrictivas de la libertad, por parte de la población, agravando la situación sanitaria.

3.Al contrario de lo planteado por el gobierno, fue una propuesta de carácter universal, como lo fue el retiro del 10% de los fondos previsionales, la que permitió aminorar, de mejor forma, la caída de ingresos de la población, especialmente de los más vulnerables. Esta problemática debió ser asumida por el gobierno mediante gasto fiscal, particularmente a través de una renta básica universal, como ocurrió en otros países.

4.El gobierno no elaboró, ni menos aplicó, políticas y/o planes para responder a las específicas necesidades de las mujeres, pese a que su situación doméstica y laboral se agravó con la pandemia. Especial gravedad merece el aumento de violencia intrafamiliar que se produjo por la extensión de las cuarentenas, según se ha mencionado. El enfoque de género estuvo –y continúa estando- ausente en el manejo de la pandemia por parte del gobierno.

---

[95] Ibídem.

5.El gobierno no adoptó políticas y/o planes dirigidos específicamente a atender la situación indígena durante la pandemia, ni tampoco consideró un reporte diferenciado para analizar su estado epidemiológico pese a las obligaciones que tiene el Estado respecto a la promoción de sus derechos y libertades fundamentales.

7. **Conclusiones relacionadas con los actos del Ministerio de Salud en relación con el cumplimiento del mandato de la Comisión Investigadora**

Consideraciones

La Comisión despachó una serie de oficios dirigidos al Ministerio de Salud, sea directamente al Ministro o a sus Subsecretarios. Estos oficios consistían en solicitudes de antecedentes formuladas en función de sus atribuciones constitucionales y legales, de tal manera de efectuar una investigación más acuciosa.

Lo cierto es que hasta la última sesión celebrada de la Comisión de 08 de octubre de 2020, el Ministerio de Salud no había dado respuesta a 16 oficios despachados, cada uno de los cuales solicitaba información vital para el desarrollo de las funciones constitucionales que le corresponden a esta instancia, en su calidad de órgano dedicado a fiscalizar los actos del gobierno. A ello se suma que la Comisión en reiteradas oportunidades le requirió a los Ministros de Salud que contestaran dichos requerimientos de información, los cuales no tuvieron respuesta.

Esta situación es especialmente grave, puesto que la Constitución Política le asigna a la Cámara de Diputados la facultad exclusiva de fiscalizar los actos del gobierno, para lo cual puede crear comisiones especiales investigadoras que tienen la facultad expresa de requerir los antecedentes que requieran para el desempeño de su mandato. Desde este punto de vista, pese a ser reiterados en diversas oportunidades, el Ministerio de Salud no colaboró con la investigación de esta Comisión en este orden, incurriendo en una infracción constitucional evidente.

En efecto, el artículo 52, número 1, letra c) de la Constitución Política de la República, dispone que es facultad exclusiva de la Cámara de Diputados fiscalizar los actos del gobierno a través de Comisiones Investigadoras, indicando en su inciso segundo que “las comisiones investigadoras, a petición de un tercio de sus miembros, podrán despachar citaciones y solicitar antecedentes. Los Ministros de Estado, los demás funcionarios de la Administración (…) estarán obligados a comparecer y a suministrar los antecedentes y las informaciones que se les soliciten”. En la misma línea el artículo 54 de la Ley Orgánica Constitucional del Congreso Nacional.

Conclusiones

El Ministro de Salud incurrió en infracciones a la Constitución y a la Ley Orgánica Constitucional del Congreso Nacional al no dar respuesta a más de 16 oficios despachados por la Comisión Investigadora, pese a ser reiterados en diversas oportunidades, los cuales requerían información trascendental para el cumplimiento del mandato de esta instancia parlamentaria.”.

****

Finalmente, dentro de las conclusiones aprobadas debe entenderse agregada también la propuesta formulada por el Presidente de la Comisión, diputado señor Jaime Mulet Martínez, la que, sometida a votación, fue **aprobada** por la unanimidad de los diputados y diputadas presentes (11-0-0). Votaron a favor los diputados integrantes de la Comisión señores Jaime Mulet Martínez (Presidente), Nino Baltolu Rasera, Francisco Eguiguren Correa, Frank Sauerbaum Muñoz, Jorge Rathgeb Schifferli (por el diputado señor Diego Schalper Sepúlveda), Ricardo Celis Araya, Juan Luis Castro González, Leonardo Soto Ferrada, Víctor Torres Jeldes, y las diputadas integrantes de la Comisión señoras Marcela Hernando Pérez y Camila Vallejo Dowling.

El texto de la propuesta es el siguiente:

“La Comisión comparte plenamente con lo señalado en el **“Informe sobre evolución de la epidemia de covid 19 en Chile”**, de la ONG Espacio Público, del 29 de octubre pasado, que se trascribe más abajo ya que se condice con las conclusiones a las que ha llegado, con la información recibida y con las proyecciones y advertencias entregadas por los diversos expertos que concurrieron, por lo que se permite advertir y recomendar al Señor Presidente de la República y al Señor Ministro de Salud, como a todas las autoridades del país que como autoridades y país:

“Nuestro deber es aprender las lecciones de esta segunda ola en Europa, para que no vaya a ocurrir en nuestro país una situación semejante. Dado lo presentado en el estudio 9 del Imperial College, mientras no haya una vacuna que se pueda hacer extensiva a la comunidad, la única manera de contener un virus de tan rápida diseminación es con un esfuerzo potente e incansable de TTA. En caso de que el peor escenario se materializara, al igual que en Europa habrá que volver a aplicar medidas restrictivas al contacto entre personas. Mientras antes se establezcan las medidas de restricción una vez detectado el rebrote, mayor será la posibilidad de contener la expansión de la epidemia y más breve será la duración de las restricciones. Es importante que, de llegar a enfrentar un segundo golpe epidémico, lo enfrentemos unidos, con una acción gubernamental decidida tanto en el frente preventivo como en el apoyo económico a la ciudadanía, con una buena comunicación de riesgo, evitando politizar el manejo de la pandemia, escuchando a la ciencia epidemiológica y sin caer en la discusión

maniquea de quienes quieren poner en tensión el cuidado de la salud con el cuidado de la economía."

****

VI.- ENVÍO DEL INFORME.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 318, inciso tercero, del Reglamento de la Corporación, una copia del presente informe, en caso de ser aprobado, debe ser enviado a S.E. el Presidente de la República.

VII.- DIPUTADO INFORMANTE.

Se nombró en esta calidad al diputado señor **JAIME MULET MARTÍNEZ**.

****

Tratado y acordado, según consta en las actas correspondientes en sesiones de fechas 2, 11, 18, 22 y 25 de junio; 2, 6, 9, 13 y 20 de julio, 3, 6, 10, 13, 17, 20 y 31 de agosto; 3, 21 y 28 de septiembre; 1, 5, 8, 26 y 29 de octubre, y 2 de noviembre, con la asistencia de las diputadas Sandra Amar Mancilla, Marcela Hernando Pérez, María José Hoffmann Opazo y Camila Vallejo Dowling, y de los diputados Nino Baltolu Rasera, Álvaro Carter Fernández, Juan Luis Castro González, Ricardo Celis Araya, Francisco Eguiguren Correa, Jaime Mulet Martínez, Luis Rocafull López, Frank Sauerbaum Muñoz, Diego Schalper Sepúlveda, Leonardo Soto Ferrada, Víctor Torres Jeldes.

En su oportunidad, asistieron también las diputadas Carolina Marzán Pinto y Loreto Carvajal Ambiado, en reemplazo del diputado Ricardo Celis Araya; el diputado Sergio Gahona Salazar, en reemplazo del diputado Pedro Pablo Álvarez-Salamanca Ramírez; el diputado Manuel Monsalve Benavides, en reemplazo del diputado Leonardo Soto Ferrada; los diputados Leopoldo Pérez Lahsen y Jorge Rathgeb Schifferli, en reemplazo del diputado Diego Schalper Sepúlveda, y el diputado Enrique Van Rysselberghe Herrera, en reemplazo del diputado Osvaldo Urrutia Soto.

Sala de la Comisión, a 19 de noviembre de 2020.

CARLOS CÁMARA OYARZO
Abogado Secretario de la Comisión

Í N D I C E

I.-	*ACUERDO DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS*	*1*
1.-	*COMPETENCIA DE LA COMISIÓN*	*1*
2.-	*PLAZO Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN*	*6*
3.-	*INTEGRACIÓN*	*6*
II.-	*RELACIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN EN CUMPLIMIENTO DE SU COMETIDO*	*8*
1.-	*SESIONES CELEBRADAS*	*8*
2.-	*OFICIOS DESPACHADOS POR LA COMISIÓN*	*8*
3.-	*INVITADOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN*	*22*
3.1.-	*Director Nacional del Registro Civil e Identificación, señor Jorge Álvarez Vásquez*	*22*
3.2.-	*Presidente Ejecutivo de Espacio Público, señor Diego Pardow Lorenzo*	*25*
3.3.-	*Presidente de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, doctor Tomás Regueira*	*29*
3.4.-	*Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Arturo Zúñiga Jory (primera comparecencia)*	*35*
3.5.-	*Director de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast), señor Valentín Díaz Gracia*	*42*
3.6.-	*Subsecretaria de Evaluación Social, señora Alejandra Candia Díaz (primera comparecencia)*	*44*
3.7.-	*Alejandra Matus, periodista*	*52*
3.8.-	*Ministro de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, señor Andrés Couve Correa*	*53*
3.9.-	*Presidenta de la Sociedad Chilena de Epidemiología, señora Sandra Cortés Arancibia*	*67*
3.10.-	*Ministro de Salud, doctor Enrique Paris Mancilla (primera comparecencia)*	*80*
3.11.-	*Jefe del Departamento de Estadísticas e Información en salud, señor Carlos Sans Farfán*	*89*
3.12.-	*Subsecretaria de Evaluación Social, señora Alejandra Candia Díaz (segunda comparecencia)*	*96*
3.13.-	*Intendente de la Región de Atacama, señor Patricio Urquieta García (primera comparecencia)*	*103*
3.14.-	*Secretario Regional Ministerial de Salud de Atacama, señor Bastián Hermosilla Noriega*	*109*
3.15.-	*Director del Servicio de Salud de la Región de O'Higgins, señor Fabio López Aguilera*	*112*
3.16.-	*Secretaria Regional Ministerial de Salud de O'Higgins, doctora Daniela Zavando Matamala*	*117*
3.17.-	*Intendenta de la Región de O'Higgins, señora Rebeca Cofré Calderón*	*122*
3.18.-	*Director del Servicio de Salud de la Región de Atacama, señor Claudio Baeza Avello*	*123*
3.19.-	*Presidente del Colegio Médico de la Región de Atacama, doctor Carlo Pezo Correa*	*128*
3.20.-	*Alcalde de la I. Municipalidad de Vallenar, señor Cristián Tapia Ramos*	*131*
3.21.-	*El Secretario Regional Ministerial de Salud de Atacama, señor Bastián Hermosilla Noriega*	*134*

3.23.-	*Rector de la Universidad de Chile, doctor Ennio Vivaldi Véjar*	*138*
3.24.-	*Ministro de Salud, doctor Enrique Paris Mancilla (segunda comparecencia)*	*150*
3.25.-	*Intendente de la Región de Arica y Parinacota, señor Roberto Erpel Seguel*	*157*
3.26.-	*Secretaria Regional Ministerial de Salud de la Región de Arica y Parinacota, señora Beatriz Chávez Vicentelo*	*161*
3.27.-	*Directora del Servicio de Salud de Arica y Parinacota, doctora Magdalena Gardilcic Franulic*	*163*
3.28.-	*Contralor General de la República, señor Jorge Bermúdez Soto*	*165*
3.29.-	*Experta en estadísticas de salud, doctora Danuta Rajs Grzebien*	*180*
3.30.-	*Especialista en salud pública, doctora Ximena Aguilera González*	*185*
3.31.-	*Especialista en salud pública, doctora Catterina Ferreccio Readi*	*191*
3.32.-	*Intendenta de la Región de Coquimbo, señora Lucía Pinto Ramírez*	*194*
3.33.-	*Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región de Coquimbo, señor Alejandro García Carreño*	*199*
3.34.-	*Director subrogante del Servicio de Salud Coquimbo, doctor Edgardo González Miranda*	*202*
3.35.-	*Ex Ministro de Salud, doctor Álvaro Erazo Latorre*	*207*
3.36.-	*Médico internista, doctor Juan Carlos Said Rojas*	*219*
3.37.-	*Doctor en Biotecnología, señor Tomás Pérez Acle*	*228*
3.38.-	*Presidente de la Sociedad Chilena de Infectología, doctor Luis Delpiano Méndez*	*236*
3.39.-	*Ingeniero civil y doctor en Educación, señor Ernesto Laval Molkenbuhr*	*239*
3.40.-	*Miembro de la Plataforma iCovid Chile, doctor Mauricio Canals Lambarri*	*246*
3.41.-	*Intendente de la Región del Biobío, señor Sergio Giacaman García*	*250*
3.42.-	*Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región del Biobío, señor Héctor Muñoz Uribe*	*252*
3.43.-	*Presidenta del Colegio Médico de Chile, doctora Izkia Siches Pastén*	*257*
3.44.-	*Presidenta de los trabajadores de la Secretaría Regional Ministeral de Salud de la Región Metropolitana, señora Marcia Lara Acuña*	*272*
3.45.-	*Ministro de Salud, doctor Enrique Paris Mancilla (tercera comparecencia)*	*275*
3.46.-	*Coordinadora nacional de la Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, doctora Javiera Pacheco Trigo*	*279*
3.47.-	*Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, señor Arturo Zúñiga Jory (segunda comparecencia)*	*287*
3.48.-	*Psicólogo e investigador, señor Gonzalo Bacigalupe Rojas*	*294*
3.49.-	*Jefa de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud, señora Johanna Acevedo Romo*	*309*
3.50.-	*Representante de la Asamblea Originaria por la Descolonización y la Plurinacionalidad, señor Ariel León Bacián*	*317*

3.51.- Presidente de la Asociación de Agricultores Lay Lay, de Calama, señor Esteban Araya Toroco *322*
III.- ASISTENCIA DE LOS DIPUTADOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN *324*
IV.- CONCLUSIONES RECHAZADAS POR LA COMISIÓN *330*
V.- CONCLUSIONES APROBADAS POR LA COMISIÓN *338*
VI.- ENVÍO DEL INFORME *394*
VII.- DIPUTADO INFORMANTE *394*