

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

ACTA DE SESIÓN ORDINARIA N° 3, LEGISLATURA 367ª, CELEBRADA EN JUEVES 18 DE JUNIO DE 2020, DE 14.30 A 17.00 HORAS.

SUMA

Continuar la investigación objeto del mandato. Al efecto, se escucharon las exposiciones de los señores Diego Pardow, en representación de Espacio Público, y del doctor Tomás Regueira, de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva.

I. PRESIDENCIA

Presidió la sesión, vía telemática, el diputado señor **Jaime Mulet Martínez**.

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

II. ASISTENCIA

Asistieron, vía telemática, las diputadas integrantes de la Comisión señoras Sandra Amar Mancilla, Marcela Hernando Pérez y Camila Vallejo Dowling, y los diputados integrantes de la Comisión señores Juan Luis Castro González, Nino Baltolu Rasera, Leonardo Soto Ferrada, Ricardo Celis Araya, Francisco Eguiguren Correa, Diego Schalper Sepúlveda, Víctor Torres Jeldes y el ya mencionado Presidente de la Comisión, diputado Jaime Mulet Martínez

Asimismo, participaron en calidad de invitados, vía remota, el señor Diego Pardow, en representación de Espacio Público, y el doctor Tomás Regueira, de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva.

III. ACTAS

El acta de la sesión N° 1 se da por aprobada por no haber sido objeto de observaciones. El acta N° 2 se pone a disposición de los señores y señoras diputados.

IV. CUENTA

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

Comunicación del Ministro de Salud, por la que excusa su participación en esta sesión, así como al Jefe del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), señor Carlos Farfán, por razones de planificación, coordinación y gestión en el marco del brote de COVID-19. Del mismo modo, manifiestan su disposición, desde ya, para participar la próxima sesión ordinaria de la Comisión.

V. ORDEN DEL DÍA

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

VI. ACUERDOS

No hubo acuerdos.

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

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 16.30 horas.



CARLOS CÁMARA OYARZO
ABOGADO SECRETARIO DE LA COMISIÓN

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

**SESIÓN VÍA TELEMÁTICA
ASISTENCIA REMOTA**

Sesión 3ª, celebrada en jueves 18 de junio de 2020,
vía telemática, de 14.30 a 16.57 horas.

Preside el diputado señor Jaime Mulet.

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

Participan como invitados el presidente de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva (Sochimi), doctor Tomás Regueira, y el Presidente ejecutivo de Espacio Público, señor Diego Pardow.

TEXTO DEL DEBATE

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

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

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

El señor **MULET** (Presidente).- Señores diputados, los oficios que pedimos en la sesión pasada fueron despachados el viernes de esa misma semana.

Por otra parte, me llamó el señor Enrique Acorssi, quien coordina la agenda del ministro de Salud, para confirmar la asistencia del ministro y la del jefe de Estadísticas e Información de Salud para la sesión del próximo jueves.

Para esta sesión confirmó su asistencia el presidente de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva (Sochimi), doctor Tomás Regueira, y el presidente ejecutivo de Espacio Público, señor Diego Pardow.

Sobre la Cuenta, tiene la palabra el diputado Leonardo

Soto.

El señor **SOTO** (don Leonardo).- Señor Presidente, estoy convencido de que las comisiones investigadoras y las comisiones parlamentarias de seguimiento y control de lo que está haciendo el Estado son fundamentales. El Ejecutivo no es infalible en las decisiones que adopta o en las políticas que desarrolla, y las cifras de contagiados y fallecidos demuestran que se puede equivocar.

Por lo tanto, nuestra comisión tiene un tremendo rol que cumplir al hacer seguimiento de esas decisiones, buscar sus fundamentos y a pedir información, la misma que hoy se niega a la opinión pública, a los expertos y a las sociedades científicas. Hay un conjunto de prácticas de opacidad en el Estado que han impedido que la sociedad completa colabore en la lucha contra la enfermedad provocada por este coronavirus.

Esto lo hemos visto en la mesa social del Covid-19 y en las mesas de expertos, en las que muchos reclaman que no tienen toda la información disponible para hacer análisis, reflexiones y propuestas para la lucha contra la pandemia.

El déficit de información, o la opacidad en la gestión del Ministerio de Salud o del Gobierno es un hecho que creo que nadie discute. Hay mucho que mejorar. Así están las cifras ocultas de fallecidos, las cifras de contagiados no son precisas ni claras, los criterios cambian de un día para otro, etcétera.

Por lo tanto, solo en materia de información el rol que puede cumplir esta comisión es fundamental, sin perjuicio de que podamos ir más allá, pero solo en información podemos hacer un tremendo aporte.

La semana pasada en la comisión tuvimos al director nacional del Servicio de Registro Civil e Identificación y él dio a conocer cuáles son los criterios que ellos utilizan para poner a disposición del Estado las cifras de fallecidos, que es la cifra oficial, la cifra que aparece en el registro de defunción de las personas con la expresión Covid-19 o algo parecido. No es la definitiva, porque hay muchas más -varios miles más- de fallecidos por causas asociadas al Covid-19, diagnósticos sin PCR, etcétera; pero

él se comprometió a entregar permanentemente las cifras de fallecidos a esta comisión investigadora. Es más, los oficios que despachamos establecían de manera precisa cuáles son los parámetros sobre los que esta comisión necesita ser informada todos los días en relación con la cifra de fallecidos por Covid-19. Se le dijo que debían entregar las cifras que manejan, pero con filtro de género -femenino o masculino-, con filtro de región, con filtro de comuna, dejando fuera los filtros de nombres y direcciones de las personas fallecidas, porque tenemos que respetar lo dispuesto en la ley de reserva de identidad y protección de la información sensible, pero todos los demás parámetros fueron señalados en los oficios y se le dijeron al director de dicho Servicio.

Él estuvo de acuerdo y dijo que lo podía hacer, que él tiene esa información en su computador y que está dispuesto a entregarla.

Bueno, estamos a jueves y esperaba que en la cuenta que leyó el secretario de la comisión apareciera esta información, pero, pese a que han transcurrido seis días desde que el director nacional del Servicio de Registro Civil e Identificación se comprometió a entregar esta información, no ha llegado nada.

Señor Presidente, me parece que no hay justificación para que él venga acá a decir una cosa, se comprometa a hacerla, que se envíen los oficios correspondientes y que no tengamos respuesta alguna.

Eso pone en duda el rol de esta comisión, pone en duda la obligación de los organismos públicos de responder a las solicitudes de información que hacemos e, incluso, pone en duda el valor de lo que hacemos como mecanismo de seguimiento y control de la actuación de los órganos del Estado.

Espero que hagamos lo necesario para que se cumplan nuestras determinaciones y para ello tenemos toda una institucionalidad detrás nuestro, tenemos la fortaleza institucional de un Congreso Nacional que tiene que fiscalizar y controlar la actuación de los otros organismos del Estado y que hoy no lo está haciendo porque algunos

funcionarios no entregan la información que se comprometieron y obligaron a entregar en un acuerdo en la comisión.

Señor Presidente, le pido que haga efectivos todos los apercibimientos y tome todas las decisiones que correspondan para que, a la brevedad, el Servicio de Registro Civil e Identificación y todas las organizaciones o servicios públicos que concurran a esta comisión cumplan con los compromisos y acuerdos de la comisión que usted preside. En caso contrario, significaría que estamos de más y que nuestro trabajo es, más bien, accesorio o accidental, cuestión que yo no creo.

Es fundamental asumir que el control del Estado no puede entrar en cuarentena y que es deber de todos nosotros hacer respetar nuestras decisiones como poder autónomo del Estado.

El señor **MULET** (Presidente).- Gracias por compartir su opinión, señor diputado. Tomo nota y haré cumplir las disposiciones legales correspondientes a propósito de lo que usted plantea.

Tiene la palabra el diputado Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, no sé si alguien lo planteó antes, pero quiero proponer que citemos al subsecretario de Redes Asistenciales por la situación que fue denunciada días atrás en un medio de comunicación sobre supuestas irregularidades en las contrataciones vía trato directo de las residencias sanitarias.

Ese proceso es parte de las medidas que el Gobierno está adoptando, por lo que creo que corresponde a esta comisión fiscalizar esa situación.

El señor **MULET** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para citar al subsecretario de Redes Asistenciales para la próxima sesión?

Tiene la palabra el diputado Leonardo Soto.

El señor **SOTO** (don Leonardo).- Señor Presidente, estoy de acuerdo con la propuesta del diputado Víctor Torres pues hay mucho ruido en la opinión pública por el tema de las residencias sanitarias y no tan solo por la probable, y digo probable, adjudicación de estos contratos de residencias sanitarias pagados con fondos del Ministerio de Salud a

personas que están vinculadas directa o indirectamente con altos funcionarios del mismo ministerio. No es el único caso, hay varios otros que se han mencionado y en los que se han ejercido las acciones ante la Contraloría General de la República para pedir fiscalización de aquello. Es más, ayer u hoy vi en la prensa que alguien presentó una denuncia o interpuso una querrela criminal ante el Ministerio Público.

El señor **TORRES**.- Así es.

El señor **SOTO** (don Leonardo).- Señor Presidente, creo que ese caso es extremadamente grave y la periodicidad de verlos semana a semana es insuficiente para hacernos cargo de los problemas. Si es posible, y ojalá todos podamos hacer el esfuerzo, propongo que tengamos una reunión extraordinaria con el solo objeto de revisar qué está pasando con la adjudicación de contratos de las residencias sanitarias, de provisión de insumos, etcétera, actos administrativos en los que hay mucho dinero de todos los contribuyentes involucrado y que hoy están plagados de denuncias de adjudicaciones con conflicto de intereses o, derechamente, corrupción.

Señor Presidente, propongo que tengamos una reunión extraordinaria, el lunes o el día que usted disponga y en el que todos los demás podamos asistir, para analizar las denuncias específicas de corrupción o de irregularidades, de forma separada del control y seguimiento permanente de las políticas del Estado.

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

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señor Presidente, la verdad es que siempre existe una multiplicidad de situaciones de por medio.

Los últimos días tuvimos cierta confusión, porque varios de los que estamos acá somos miembros de la Comisión de Salud y el propósito siempre ha sido no superponer los horarios para evitar colisiones en las convocatorias.

Sugiero que a partir de la exposición que escucharemos hoy, al final de la sesión reordenemos la agenda, a la luz de lo planteado por los que me precedieron en el uso de la palabra, para que no salpiquemos saltando de un tema a otro, sino que tengamos un cierto hilo conductor en los invitados

con un propósito determinado en base a los temas que deberemos abordar.

Por ejemplo, ¿qué pasó con la red asistencial? Esto incluye hospitales, unidades de cuidados intensivos, residencias sanitarias y todo lo que implicó hacer ofertas públicas y suscribir contratos en esa dimensión.

Otros temas son: los municipios y el rol que han jugado en la atención primaria; las importaciones de equipos desde el extranjero, cómo se hicieron esos tratos; las estrategias sanitarias aplicadas, quién tomó decisiones sobre determinadas estrategias. O sea, hay muchos capítulos por dilucidar en esta comisión investigadora.

Sé que hoy no podemos ordenar todo pero, tal vez, se podría establecer -por parte suya- una cierta proposición metodológica, para que así la opinión de cada uno la pudiéramos ordenar en la secuencia de reuniones donde todos podamos asistir. Ahora, no tengo problema en que sea dos veces a la semana, pero habría que consultarle a todos, a fin de compatibilizar los horarios y avanzar más rápido, dentro de lo posible.

Sin duda, la visita del ministro -el próximo jueves- será decisiva para despejar todas las aristas de lo que hay que investigar a partir de los diagnósticos que ellos nos entreguen.

Es lo que sugiero, señor Presidente.

El señor **MULET** (Presidente).- Les pido que me hagan llegar el listado de invitados para deducir las líneas de trabajo que los diputados integrantes de la comisión quieran desplegar, ya que el arco de líneas de trabajo es amplísimo.

Si les parece, háganme llegar el listado al final de la sesión, una vez que nuestros invitados hayan expuesto, para precisar algunas cosas.

En cuanto a los días para sesionar, pensaba proponerles el lunes, pero entiendo que hay tres espacios de sesiones el mismo día. Tampoco puede coincidir con la Comisión de Salud, porque hay tres o cuatro integrantes que son miembros de esa Comisión y otros que son miembros de la Comisión de Constitución, que también sesiona el lunes.

Por lo tanto, sugiero una sesión especial en el espacio

alternativo, que no es de Constitución ni de Salud. Al final podemos ver la lista de invitados, si les parece, y hacemos la discusión.

Tiene la palabra la diputada Camila Vallejo.

La señorita **VALLEJO** (doña Camila).- Señor Presidente, sobre los invitados, la sugerencia es solo a propósito del tema del registro social en hogares y el pronunciamiento de doña Alejandra Cádiz por redes sociales, quien señala que no había ninguna alteración o irregularidad en la designación de los porcentajes y de los ingresos en el registro social en hogares. Me gustaría que pudiéramos convocarla, a propósito de eso, para una próxima sesión.

Si bien es cierto se va a dividir en áreas, respecto de los beneficios sociales y económicos, particularmente el ingreso familiar de emergencia, citar a la subsecretaria de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social, con el objeto de que nos aclare, desde el punto de vista técnico, lo que está sucediendo con tanta gente que alterándosele o no el porcentaje en el registro social en hogares, aparecen ingresos que ellos no están percibiendo. En este momento es un tema complicado porque hay mucha necesidad para la postulación al ingreso familiar de emergencia.

El señor **MULET** (Presidente).- En la reunión vamos a tratar de precisar bien las líneas de trabajo, por lo que quiero pedirles que, al igual que la diputada Vallejo, nos hagan llegar los listados de personas a citar.

Tiene la palabra el doctor Tomás Regueira, a quien aprovecho de darle las gracias por acompañarnos.

El señor **REGUEIRA**.- Señor Presidente, voy a ser honesto. La verdad es que preferiría un formato de preguntas, de manera de poder contestar las dudas que tienen al respecto. ¿No sé si es posible?

El señor **MULET** (Presidente).- Por supuesto.

La petición de su invitación la hizo el doctor Juan Luis Castro, a quien le pediría que precisara directamente sus preguntas, como también a los diputados que deseen hacerlo.

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señor Presidente, quiero

saludar al doctor Regueira, que ha tenido una importante labor en estos meses.

En primer lugar, quiero preguntarle -si él puede ir tomando nota- cuándo la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, que usted preside, tomó contacto por primera vez, a requerimiento del entonces ministro de Salud, don Jaime Mañalich; con qué objeto fue dicho contacto y cuál fue la tarea que se le encomendó a la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, a contar del decreto que establece el Estado de Catástrofe. Estamos hablando de las primeras semanas de marzo en adelante, de acuerdo con la preparación de la red asistencial de intensivo para el país.

En segundo lugar, conocido por usted el diseño del método de habilitación de camas y la expansión de ventiladores, ¿cuál fue la inserción que tuvo usted y la sociedad en el diseño de la expansión de camas, en la expansión de ventiladores, en los requerimientos de esos ventiladores para clínicas y hospitales públicos?

¿Fue en consulta con ustedes o no? Me refiero a los centros donde la expansión debía habilitarse, la manera en que se iba a hacer la generación de las nuevas camas y todo lo que implicó el dispositivo de red asistencial que llevara a los casi 3.000 ventiladores, aproximadamente, que se ha señalado que están a disposición o habilitados.

En tercer lugar, usted reportó diariamente un panorama nacional por hospitales, por centros de atención de salud, cuál es, a su juicio, la situación real en la Región Metropolitana con la disposición de camas UCI de ventilación mecánica, entendiendo que la expansión fuera de UCI, vale decir a pabellones, a servicios de urgencia, a lugares de ventilación mecánica que no son los habituales, y hoy en Santiago se ignora. Exactamente, qué más elasticidad puede o no tener esa expansión de camas y ventiladores en la capital, dado que los números están fluctuando -según ustedes- en 97, 98 por ciento, aproximadamente. Entendemos que esa cifra es porque se van agregando, eventualmente, ventiladores adicionales.

¿Qué capacidad adicional tienen los hospitales y clínicas de Santiago, a estas alturas? ¿Cuál es su pronóstico para el

próximo mes; o sea, para los próximos 45 días? ¿Cuál es la resistencia de la red, en las condiciones que usted conoce muy bien?

Por último, preguntarle por un oficio que envió el subsecretario de Redes Asistenciales hace tres semanas, donde autoriza la denominada ventilación dual, por parte de los establecimientos. Esto significa que con una máquina de ventilación se pueden ventilar a dos enfermos.

Lo pregunto, porque diariamente hay un reporte de ventiladores disponibles, que han estado en un rango de 300, aproximadamente, según la información oficial.

Entiendo que la ventilación dual -me gustaría que en eso también se explayara-, desde el ámbito médico, es una situación de salvataje extremo, no es una condición metodológicamente aceptada por toda la comunidad médica, salvo en condiciones de guerra o muy extremas, por los riesgos que ello implica para ambos pacientes ventilados.

Quiero preguntarle si se está haciendo ventilación dual. ¿Por qué? Si hay 300 ventiladores permanentemente informados, si ese instructivo se dio hace tres semanas, a todo el sistema. Personalmente, lo recibí por la Clínica Indisa, ahí me informaron formalmente que se había recibido. Incluso, fue noticia en su minuto.

¿Qué ha ocurrido con esa dimensión que es muy de salvataje? Que se dijo y después no se tocó ni se habló más respecto de esa posibilidad, a lo mejor pudiera darse o no, al respecto usted nos tendría que ilustrar, según las condiciones de riesgo inminente que pueden haber en las próximas semanas en la Región Metropolitana.

Esas son las preguntas iniciales que quisiera formular.

El señor **MULET** (Presidente).- ¿Prefiere todas las preguntas de inmediato o por separado?

El señor **REGUEIRA**.- Creo que sí.

El señor **MULET** (Presidente).- Entonces, tiene la palabra el diputado Leonardo Soto.

El señor **SOTO** (don Leonardo).- Señor Presidente, creo que es mejor hacer las preguntas ahora y después ir avanzando; en caso contrario, se va a extender mucho.

Quiero pedir a nuestro invitado su opinión sobre la idea,

instalada por el ministro Mañalich, de una muy buena integración de la salud pública y privada. Cuando hay una pandemia de estas características, siempre tiene que haber un mando único en materia sanitaria.

Pero me quedan algunas dudas de cómo ha funcionado esta integración público-privada, en cuanto a ventiladores, a camas críticas.

Además, me llama la atención que se hayan trasladado personas hospitalizadas en el servicio público, estando hospitalizadas y con tratamiento, a regiones: a la Región del Biobío o incluso más lejos, según dicen, para liberar los espacios y evitar el colapso del sistema. Sin embargo, por los datos que he obtenido, esas situaciones se han producido, habiendo cupos disponibles en la misma región en el sector privado de salud.

En consecuencia, pareciera que en esta materia hubiera algunos cortocircuitos, algunas inconsistencias de funcionamiento del sistema, donde podría estarse dando el caso de que se reserven espacios en camas críticas, con ventiladores especiales, solo para pacientes privados, en clínicas privadas, lo que va en contra de este mando único o sistema centralizado de asignación de camas.

Por eso mi pregunta específica a nuestro invitado es si se han trasladado personas en esas condiciones a regiones desde clínicas privadas, por ejemplo. No he escuchado nunca que se hayan trasladado pacientes de clínicas privadas a regiones, ¿o solo quienes pagan tienen derecho a permanecer en las clínicas privadas? Pareciera ser que esa modalidad opera solo para el sistema público.

La segunda pregunta dice relación con la disponibilidad de respiradores y camas críticas en los hospitales. Quiero saber si es posible que el sistema centralizado de asignación de camas, que puede ser clave para salvar vidas humanas, tenga espacio para el ocultamiento de camas.

Por una u otra razón, me han llegado algunas noticias, o indicios, de que en la salud privada no se informan todas las camas y ventiladores mecánicos disponibles; que siempre se reserva un cierto número mínimo para casos especiales.

Considero que si realmente queremos enfrentar todos juntos

esta pandemia y los sistemas privado y público son uno solo, no podría suceder algo así.

Entiendo que hay un sistema centralizado con *software* incluido, pero con deficiencias en la fiscalización. Solo quiero preguntar sobre ese punto: ¿si se pueden ocultar camas críticas en el sistema privado, para sustraerlas de este mando único de administración? Si eso es posible o se puede descartar absolutamente, para quedarme tranquilo.

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

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señor Presidente, saludo al doctor Regueira, quien estuvo presente en la Comisión de Salud.

En la ocasión, él nos explicó que ellos actúan casi en forma involuntaria. No existe una formalidad respecto de su relación con el Ministerio de Salud, lo que es importante relevarlo, porque, a pesar de eso, han hecho un trabajo muy importante.

Quiero preguntar sobre la situación de ventiladores invasivos extraordinarios, porque cuando hace el informe la Sochimi normalmente los pone en rojo. Quiero saber cómo ha evolucionado eso: ¿cuánto tenemos hoy en ventilaciones invasivas fuera de las unidades críticas correspondientes? Y si hay personas, lo que es muy importante, que no hayan podido acceder a la ventilación mecánica. Si tienen información de que exista un grupo de personas que no haya podido tener acceso a eso.

Asimismo, quiero consultar sobre la situación de oxigenoterapia de alto flujo, ¿qué está ocurriendo con aquello y qué opinión tiene Sochimi? Y sobre el uso de máquinas de anestesia en el sentido de si se están usando muchas máquinas de anestesia hoy, particularmente en la Región Metropolitana, y sobre la situación del personal. ¿Hay suficiente personal hoy para atender todo el incremento de ventiladores instalados en la Región Metropolitana y en cualquier punto del país? ¿Hay gente suficiente para responder a aquello?

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, por su intermedio saludo al doctor Regueira.

Para complementar las consultas anteriores, quiero saber si el doctor Regueira tiene información respecto de la cantidad de ventiladores nuevos, que se anunciaron hace pocos días, y cuánto sería, entonces, el total nacional de ventiladores.

Si estos son ventiladores mecánicos pesados, si son invasivos. ¿Qué características tienen desde el punto de vista de la atención que van a requerir los pacientes? También consulto sobre la falta de camas críticas que podrían existir en las próximas semanas.

Sobre el uso del dispositivo *splitter* por el que preguntó el diputado Juan Luis Castro, solamente tengo tres dudas: si existe evidencia científica internacional respecto de la eficiencia del uso de los *splitters*. ¿Cuál es la experiencia nacional sobre el uso de esta técnica o instrumento? La mortalidad asociada al uso de *splitter* versus la mortalidad de los pacientes que tienen acceso a ventilación mecánica individual. O sea, la idea es saber realmente cuál es la ventaja o desventaja que puede tener el uso de los *splitters*.

La otra pregunta es si ustedes tienen un pronóstico de la posibilidad de rebase del sistema en el país; o sea, si en algún momento vamos a tener copadas todas las camas críticas que hay disponibles, y a la luz de cómo ha ido avanzando la pandemia, ¿cuándo podría producirse esa situación? ¿Cuándo podríamos estar frente a una situación de rebase del sistema?

Finalmente, el rol de la Sochimi en la asignación de camas. Efectivamente ustedes participan de manera activa; si son parte del proceso de asignación o simplemente no han tenido un rol muy activo al respecto.

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el doctor Tomás Regueira.

El señor **REGUEIRA**.- Señor Presidente, en primer lugar agradezco la invitación. Voy a tratar de ir avanzando y ustedes me van cortando o interrumpiendo.

Primero, quiero transmitir un poco lo que hice en la

Comisión de Salud, 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. No gano ni uno, para ser superclaro. No hay ninguna retribución. Creo que es superimportante decirlo.

Dicho aquello, partamos.

Sochimi es llamado 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, representada por quien les habla.

Ese es nuestro vínculo con el Minsal. 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.

¿Con qué objeto nos citaron? Esa es la pregunta uno del doctor Juan Luis Castro. 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.

¿Qué pasa cuando un médico se enfrenta al dilema? ¿Qué criterio va a utilizar?

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.

Voy a entrar a ese tema. 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. Están ventilando ahí.

¿Existe plasticidad? Creo que en el Sistema público queda poca plasticidad. Ya se está saturando bastante.

¿Dónde puede haber espacios? 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.

¿Por qué separo la urgencia? Porque la urgencia en teoría al menos no es intrahospitalaria. Es intrahospitalaria, pero se comporta distinto.

¿Hay plasticidad para crecer? Si yo veo 100 pacientes ventilados en urgencia, no hay plasticidad, porque deberían estar adentro, no afuera.

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 plasticidad me tiene complicado. ¿Dónde hay plasticidad? Yo creo que hay plasticidad -aquí me tomo libertades con el conocimiento limitado que tengo- en el sistema privado, en ciertas clínicas, sobre todo que tengan integración vertical.

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 sobrevivir 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 "i" simple y son totalmente negativas; la recomendación es no ocupar.

La pregunta de si existe experiencia nacional en el uso de este *splitter* nuevo, de fabricación nacional, no existe nada publicado. Existe lo que les digo: pruebas en animales y en seres humanos, sin fallas, pero son pruebas.

En cuanto a mortalidad asociada, menos, porque no hay ningún uso formal.

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.

Respecto de la consulta del diputado Soto, sobre cómo funciona el sistema integrado. Repito, yo, como Tomás Regueira o como presidente de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, Sochimi, no participamos de la UGCC. Tengo la mejor relación con Francisco Pizarro, quien es el jefe de la UGCC, pero no tengo ninguna injerencia en el funcionamiento de la Unidad.

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. No conozco, no controlo; solo sé que se ha hecho un esfuerzo por aumentar el número de médicos reguladores y -me imagino- por hacer la mejor gestión posible.

Tengo mis críticas al sistema, que no sé si vienen al caso, pero tienen que ver con que no están en terreno. Creo que sería muy necesario tener gente en terreno viendo qué pasa realmente. Es una gestión obviamente telefónica, en circunstancias que podría ser más en terreno. Pero esta es una opinión personal, que nadie me ha pedido.

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, UGCC, con toda razón, creo yo, a diferencia de algunos colegas, prefiere trasladar pacientes más estables en avión, por el riesgo que significa trasladar pacientes de urgencia inestables. Hago el alcance de que estamos hablando de aviones, porque me preguntaron por el traslado a regiones; después podemos tomar el tema de la gestión en Santiago.

Por lo tanto, UGCC nos pide sacar pacientes de UTI, de manera de darle cupo a la urgencia en la UTI. Desvestir..., sacar a alguien de intensivo, meterlo al avión... Además, lo que me explican en la UGCC, es que UGCC necesita planificar el peso del paciente, la condición del paciente; no es como el traslado en ambulancia, que va y se lleva; el traslado en el avión tiene que planificarse.

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.

Respecto de lo que pregunta el diputado Soto de por qué no se trasladan pacientes a clínicas privadas. Desconozco si no se trasladan. Tengo la impresión cierta, o sea, la impresión misma, de que más bien se sacan pacientes desde el sistema público que desde el sistema privado, pero es una impresión, no tengo los datos.

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.

Evolución de fuera de la UPC (Unidad de Pacientes Críticos), preguntaba el diputado Celis. En el gráfico se aprecia que también hay un poco de estancamiento. Mire, tenemos señales contradictorias. Les pido perdón por la incertidumbre, pero es muy difícil proyectar con los números que tenemos. Hay señales equívocas. Como les decía, si yo me detengo en el intensivo, la señal que recibo es que está todo lleno, y mis colegas me dicen: ¡Tomás, por favor, presiona al ministerio para que haya más medidas de confinamiento, cualesquiera sean!

Si me detengo en las urgencias -hoy llamé a 14 urgencias de la Región Metropolitana, y llamamos todos los días a

todas- la sensación de la mayoría de los jefes de urgencias es que en los últimos cinco días ha mejorado un poco. De hecho, el número de ventilados en urgencias está estable, no ha seguido creciendo. Está la tasa de positividad en la Región Metropolitana, que ha bajado de 60 a 40 o 38 por ciento de exámenes positivos por PCR hechos.

El número de contagios va estable, venía a 4.000, 5.000, 6.000, uno esperaba 8.000, 10.000, y estamos pegados en 5.000, 4.000; pero, por otro lado, estamos repletos en los hospitales. Entonces, no tengo claridad para dónde va la micro. Quiero ser positivo, pero creo que estamos muy complicados todavía.

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.

Por lo tanto, si usted me pregunta, o por decirlo de otra manera, si hay igualdad de oportunidad para entrar a un intensivo, la respuesta es no. Hay una deuda de 350 pacientes. Por ejemplo, ayer hablaba con el médico de turno

del San José y me decía: tengo una cama libre, ¿para dónde voy? ¿Voy a pabellón, voy a la sala de agudos o a urgencias? De dónde saco al paciente si tengo la cama. Entonces, en ese sentido, hay selección, que no es lo mismo que no haya ventilador. Los pacientes llegan a la urgencia y, en general, los más graves se entuban y quedan ventilados, pero, por supuesto, en menor calidad, como les mencioné anteriormente.

Respecto de las CNAF, las cánulas nasales de alto flujo.. Para quienes no las conozcan, son equipos... ¡Haber! normalmente, uno puede recibir oxígeno por bigoterías, puede recibir oxígeno por mascarilla y también puede intubarse. Pero ahora hay una cosa intermedia, que es una naricera con alto flujo, que en vez de tener 15 litros, que son los flujómetros normales -esta cosa que uno abre para que salga el oxígeno- ahora tiene 60 litros. Va con una máquina especial que humedece ese aire y eso permite lavar -esto es bien técnico- el dióxido de carbono y bajar la frecuencia respiratoria para que el paciente se sienta con menos ahogo. Entonces, 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 intensivistas -Sociedad Chilena de Medicina Intensiva para la analgesia, sedación, delirium 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.

¿Se entiende lo que digo? Me refiero a cuántos pacientes atiende un enfermero, y eso nos tiene complicados. Estamos mirando, estamos monitoreando, porque evidentemente si se aumenta la cantidad de pacientes por personal, se ganan camas, pero se pierde calidad y se quema a la gente.

-Se corta el contacto vía telemática.

El señor **MULET** (Presidente).- Se cortó la comunicación.

El señor **CÁMARA** (Secretario).- Señor Presidente, vamos a recurrir al Departamento de Informática para que solucione el problema.

)----- (

El señor **MULET** (Presidente).- Ha retornado la comunicación.

Pido la unanimidad para prorrogar la sesión por 10 minutos.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Puede continuar, doctor Regueira.

¿Quiere redondear sus ideas?

El señor **REQUEIRA**.- No, ya dije muchas cosas respecto de todo lo que nos preguntaron; todas las preguntas fueron respondidas en la medida en que pude hacerlo.

El señor **MULET** (Presidente).- Le quiero consultar por las enfermedades no covid-19. ¿Qué pasa con eso? Se lo pregunto porque aparentemente hay muy pocas en relación con otros inviernos.

Aparte de ello, quiero que nos diga qué pasa con los funcionarios en general. ¿Puede fallar el sistema por ahí también? Obviamente puede pasar, pero quiero saber cómo está la situación del estrés y la cantidad de funcionarios. Recién usted nos daba una cuenta de funcionarios por paciente.

Entonces, son dos las preguntas. Primero, la de enfermedades respiratorias no covid-19, porque entiendo que han disminuido sustantivamente y, la segunda, saber cómo se ve la situación de los funcionarios para julio, agosto.

Tiene la palabra el diputado señor Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, usted preguntó por las enfermedades no covid-19, pero respiratorias. Mi pregunta es cómo está el sistema para recibir a aquellos pacientes que requieren camas críticas por otras patologías, porque ahí hay una preocupación que yo asocio, ya que cuando pregunté acerca del rebase del sistema, puede haber tanta cantidad de pacientes contagiados, que se ocupe la totalidad de las camas críticas en ellos, y que muchos no puedan recibir esa atención porque está colapsado el sistema, pero eso en pacientes covid-19. El problema es que vamos a tener patologías que pueden requerir también, por complicaciones, camas críticas que estarán copadas por pacientes covid-19.

Entonces, no sé si existe algún tipo de medida para hacer frente a esa posibilidad, ya que, eventualmente, podríamos tener mayor mortalidad en pacientes con otras enfermedades, producto de falta de servicio, falta de atención.

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra, doctor.

El señor **REGUEIRA**.- Es una muy buena pregunta, pero no tengo la mejor respuesta. 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.

El señor **MULET** (Presidente).- ¿En otros países el porcentaje es similar?

El señor **REGUEIRA**.- Efectivamente, 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.

Respecto del personal, cuando le preguntamos a la gente, dentro del intensivo, ¿qué porcentaje está enfermo en cuarentena? Es alrededor del 5 al 6 por ciento en UCI, no más que eso. Por lo tanto, en UCI, distinto de lo que pasa

en el centro completo de salud, es un tema que todavía, gracias a Dios, no ha sido tan potente.

Distinto es lo que ocurre en las urgencias, por ejemplo, hoy hablaba respecto de lo que sucede en el Hospital El Pino, donde tienen el 60 por ciento del personal en cuarentena. No he analizado la situación de cuarentenas de urgencia, creo que ahí es donde podría "meterle más cabeza" porque es complejo.

En el Hospital Félix Bulnes se hablaba sobre el gran problema de personal: 120 pacientes hospitalizados, 17 en ventilación mecánica, con una mortalidad enorme, que entiendo va mejorando. Pero al menos, hace una semana, tenían un gran problema de personal.

En cuanto al cansancio del personal, efectivamente, sí; una razón, si uno quisiera buscar, no solo la salud de las personas sino, como para decirle al ministro, por favor, disminuyamos la movilidad, mejoremos la trazabilidad, etcétera, o decirle que esta situación tiene que tener un fin. La gente en Italia, en España y Nueva York sabía que con el *lockdown* total en tres semanas iba a bajar, fue terrible pero terminó.

Es importante tener la sensación de que esto va a terminar. Si efectivamente, como proyectan algunos, el *peak* de contagios será en julio y en agosto tendremos el reflejo del uso de camas, eso es un desastre desde el punto de vista sanitario y del personal. Pero si pasa lo que estamos viendo sutilmente, de que hay una cierta "meseta", término acuñado por el Gobierno, o estabilidad, tal vez, no es tan malo.

Por lo tanto, es difícil proyectar, pero sería muy deseable proyectar bien.

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

El señor **SCHALPER**.- Señor Presidente, lamento la demora, pero estaba en otras cuestiones legislativas y me tomé la libertad de estar en una oficina para tranquilidad de la diputada Vallejo.

Doctor, le quiero hacer la siguiente pregunta. No sé si se puede hablar en la comisión sobre la oxigenoterapia, no conocía el concepto. ¿Qué le parece a usted? ¿Cuál es el

retorno que ha tenido? No sé si eso ya se mencionó en la comisión pero, por lo menos para mí, es un tema relevante a considerar.

Por otra parte, a propósito de lo que usted decía al final -lo digo en la mejor de las ondas pero de verdad para que lo tomemos como lección-, cuando la ciudadanía se tiene que comportar de una determinada manera, evidentemente tiene que ver con los mensajes que pueda dar la autoridad sanitaria a cargo pero también, obviamente, cómo el ambiente colabora o no a esa instrucción.

Entonces, tengo la sensación de que junto con que haya, y coincido con usted, una señal más clara de que esto tenga un horizonte de salida o de que haya un mensaje, más o menos, coordinado, también que no encontremos tanta voz disidente, porque resulta que da la impresión de que la autoridad sanitaria está tomando las decisiones como en una tómbola.

¿Cuánto cree que usted que eso influye? Tengo la sensación que en los países que usted menciona, no he visto una oposición ¡con tanto entusiasmo en la crítica! Por lo menos he tratado de ver de cerca el caso de Alemania, donde tengo alguna cercanía porque tuve el gusto de estudiar allá, y la verdad es que hay una cosa bastante transversal en el llamado, en cambio que aquí pareciera ser que, más bien, estamos en función de buscar responsabilidades.

Esta misma comisión, para que usted sepa doctor, tiene como motivación buscar responsabilidades, por lo que no conozco caso parecido en el mundo.

Entonces, ¿cuánto afecta, por decirlo así, la hostilidad del ambiente a que las personas, efectivamente, respondan de manera favorable al llamado?

Sería distinto si el llamado fuese más unitario o, en definitiva, hubiera solo una voz. Piense usted que en mi región un colega anda pidiendo la salida de la seremi. Entonces, esa es la pregunta que le hago: ¿Cuánto de esas cosas afectan en la fuerza del mensaje?

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

El señor **REGUEIRA**.- Señor Presidente, respecto de la oxigenoterapia diría que es un "temazo", incluso lo

levantamos en la comisión asesora en la última reunión. Hay dos temas de oxigenoterapia. Contesté anteriormente respecto de las cánulas nasales de alto flujo, que habían sido un tremendo aporte al disminuir de 30 a 20 por ciento las intubaciones, lo cual es muy bueno para la presión del sistema. Pero no comenté que tienen un alto consumo de oxígeno, igual que las máquinas de anestesia.

Se levantó el tema, fuertemente, en el ministerio, y entiendo que este se ha preocupado de aportar el oxígeno suficiente en los centros de salud. Sé que en algunos centros han tenido que limitar el uso de cánulas nasales de alto flujo, porque el consumo de oxígeno es imposible de mantener y de reponer en la posta, por ejemplo, si quisieran preguntar.

Por lo tanto, el tema de oxígeno, entendiendo la pregunta desde el uso de estas máquinas nuevas, es clave y fundamental mirado desde el punto de vista del uso del oxígeno hay un tema importante que el Minsal lo tiene muy presente, cual es que el recurso esté disponible porque no nos podemos quedar sin oxígeno.

Para que me entiendan, por ejemplo, en la clínica donde trabajo, normalmente se ocupa un tanque cada siete días y ahora estamos ocupando uno cada dos días y un poco más, lo cual implica reponer o bien poner nuevos tanques de oxígeno. Acá no ha sido un problema, pero en la posta y en otros centros sí.

Respecto de la segunda pregunta señor diputado, no me corresponde responderla. Como presidente de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva le puedo decir que, a título personal, el mensaje de la autoridad, en primer lugar, ha sido complejo en el sentido de dar señales de normalidad respecto de lo que sucede y también, como ciudadano común, es complejo cuando uno no ve unidad en una pandemia y ve que hay un "gallito" permanente que no favorece las políticas que uno quisiera observar, pero no me corresponde decir más que eso.

El señor **MULET** (Presidente).- Muchas gracias doctor por su concurrencia a la comisión. La información que nos entregó ha sido muy valiosa y lo liberamos de su tiempo, pero no hay

problema si quiere continuar en la comisión.

Tiene la palabra el señor Diego Pardow, en representación de Espacio Público.

Si les parece a los señores diputados, podemos usar la misma metodología que utilizamos con el doctor Tomás Regueira, en orden a formular algunas preguntas y que se circunscriba... (inaudible)

El señor **PARDOW**.- Señor Presidente, traje una presentación, que fue lo que me pidieron.

El señor **MULET** (Presidente).- Perfecto, escucharemos primero su presentación y después los diputados harán las preguntas que estimen pertinente.

El señor **PARDOW**.- Señor Presidente, por su intermedio, agradezco la invitación.

Me solicitaron exponer la metodología de uno de los informes que elaboramos con Espacio Público, en particular un informe que lo que busca es tratar de replicar una metodología que se ha usado en muchas otras partes del mundo para cuantificar la cantidad de fallecidos, producto de la epidemia del covid-19.

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.

Estos informes antes salían publicados todos los días, pero decidimos empezar a hacerlo solo tres veces a la semana por la carga de trabajo que implicaba el origen de estos informes.

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. De alguna manera, esa ha sido siempre nuestra motivación. Las políticas sanitarias al final del día son políticas públicas con sus propias particularidades sectoriales, pero al final es una política pública.

Entonces, nuestra participación en esta contingencia del covid-19 ha estado siempre motivada por tratar de presentar evidencia que facilite la discusión de políticas sanitarias.

Les voy a contar de dónde salieron los datos. 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. Todavía estamos trabajando en ello.

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. Esta base se ha ido poblando con más días, pero como dije,

todavía no hemos actualizado nuestro análisis. Lo vamos a hacer en los próximos días.

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 2×2 , regresión lineal, ARIMA, para un análisis regional que suma las distintas partes y considera las regiones simplemente sumándola en una sola unidad nacional. De lo contrario, habríamos creado una matriz de cuatro posibles modelos.

Nuestras predicciones consideran el promedio de lo que

expresan estos cuatro modelos y se utiliza una metodología para estimar los márgenes de error con los que se presenta esta predicción.

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.

¿Cuántas veces el exceso de fallecimientos no explicado representa respecto de la desviación estándar de la proyección?

Entonces, lo que encontramos 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.

¿Qué es lo que uno puede concluir? ¿Cuál es la conclusión de nuestro estudio? ¿Qué cosas uno puede tratar de inferir a partir de esto? 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 holandesa (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.

Creo que ese es un resumen razonable del informe.

El señor **MULET** (Presidente).- Muchas gracias.

Tiene la palabra el diputado Ricardo Celis.

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señor Presidente, primero, agradecer la explicación que se nos ha entregado, que es bastante útil.

Tiene razón el expositor Diego Pardow cuando nos dice que en este período ha fallecido menos gente que lo tradicional solo por lo que corresponde, por ejemplo, al período de invierno por muertes en adultos mayores por neumonía y por enfermedades respiratorias que, generalmente, comienzan a aumentar en estos períodos y que, obviamente, no están relacionadas al covid -son históricas- y que, ahora, como están circulando menos los virus de la influenza, parainfluenza, etcétera, esas muertes son menores. Por lo tanto, tiene toda la razón.

La duda que me surge es que los códigos que está usando el CIE-10 y que recomiendan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se divide en dos grupos: uno con virus identificado -lo que nos señaló el ministro originalmente-, que es lo que usan de base para hacer la diferencia, y el segundo de aquellos con virus no identificado y, en él, diferencian tres grupos.

¿Ustedes tuvieron acceso a la información de este segundo grupo que señala la CIE-10 y recomienda la OPS, que son muertes asociadas a covid-19, pero en las que el virus no está identificado?

Tengo la duda de si vamos a conocer con precisión ese dato de parte del ministerio o si ustedes tuvieron acceso a esa información, porque nos explicó el director del Servicio de Registro Civil e Identificación que ellos les enviaban todos los certificados de defunción. Ahora, en este período, y que, en definitiva, quien hace el diferencial, quien filtra está en el ámbito no sé si de ciencias o en el Minsal. No sé quién finalmente testea y nos dice: "Estos son.". Ello, porque han insistido en señalarlos que son los PCR positivos.

Entonces, quiero preguntarle si, en el análisis, tuvieron acceso a la información de este segundo grupo que señala la OPS y OMS respecto del grupo de fallecidos.

Gracias.

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

El señor **PARDOW**.- Señor Presidente, no hemos tenido acceso a esa información. Hemos tenido acceso a información agregada; no tenemos acceso a nombres reales, ni sintéticos, ni al detalle de los certificados de defunción. A lo que tenemos acceso es al número que el Servicio del Registro Civil e Identificación asocia a una comuna y semana, por ejemplo, tal semana, tal comuna, número 10; tal comuna, tal semana, número 20.

Esa es toda la información que tenemos. No tenemos información sobre la identidad de esas 10 personas y de qué fallecieron esas 10 personas.

Esa información está disponible, pero no al público. Se encuentra en el ministerio.

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

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señor Presidente, este tema es una arista muy significativa, muy importante de esta comisión investigadora.

Quiero hacer una introducción del relato de los últimos 18 días para el señor Pardow.

El 1 de junio, el señor ministro anunció formalmente que la contabilidad de fallecidos se iba a hacer en base a los confirmados con PCR, como venía haciéndose en las últimas 24 horas, más los casos probables con sospecha de PCR.

El 3 de junio, ustedes, en Espacio Público, dieron a conocer su estudio, en el que aluden al exceso de fallecidos en más de 700 en el último período.

El 7 de junio, cuatro días después, de por medio una conversación que tuvo el ministro, según reconoce, con el señor Engel, hubo un reconocimiento del Ministerio de Salud sobre un exceso de fallecidos. Curiosamente reconoció el hecho, sin embargo, se anuncia lo contrario del 1 de junio que era el sistema de validación de los fallecidos, y se

vuelve al esquema del registro civil.

El 11 de junio, jueves pasado, el director del Servicio de Registro Civil vino a esta comisión a decir que nunca había sido conectado para establecer una metodología que fuera reportada a la opinión pública, según lo que había dicho el ministro el 7 de junio, respecto de las muertes por Registro Civil exclusivamente; o sea, desmintió la versión del señor ministro de Salud, según lo que consta en esta comisión.

El 12 de junio, el Consejo Asesor COVID-19 sacó una declaración, un acta de su propia reunión, en la que insistió en que el Ministerio de Salud reportara los fallecidos por causa PCR positiva y causas probables.

El 12 de junio en la noche, apareció un estudio de Ciper Chile, que a mi juicio tuvo impacto en lo que sucedió en las horas siguientes, que demuestra que el Ministerio de Salud venía haciendo un doble reporte de fallecidos ante la opinión pública, el que conocíamos todos, y otro reporte que se hacía según el criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que incluía los casos probables o sospechosos de covid positivo, y que esa suma arrojaba sobre 5.000 muertos versus los 2.800 que había al viernes 12 de junio, según el informe oficial, es decir, casi el doble de los fallecidos reales.

El 13 de junio renuncia el ministro de Salud y el día siguiente se comunica el nombre del nuevo ministro, don Enrique Paris, quien acoge el sistema propuesto por el consejo asesor y que, semanalmente, cosa que está por ocurrir, se van a agregar esos más de 2.000 fallecidos que no se habían señalado con anterioridad y que provocaron esta tormenta de confusión enorme.

En ese plano, quiero preguntar al señor Pardow lo siguiente. Estamos hablando de fallecidos covid en cuanto PCR positivas versus no PCR positiva o dudoso o probable, estamos hablando de cifras que van a subir, a lo menos, en 2.000 más de los 3.800 que hoy están reportados a la opinión pública, bajo el sistema tradicional. ¿Cuál es su opinión, a la luz de estos hechos y del fenómeno predictivo que ustedes señalaron y que, además, otras investigaciones periodísticas que también se adelantaron previamente, respecto de una

suerte de ocultamiento activo que, a mi modo de ver, se vino dando hasta que no fue sino la fuerza de las denuncias, hechas tanto por la institución a la que usted pertenece como por otras instituciones de investigación periodísticas, demostraron que existía un doble sistema permanente de registro de casos, que no se visibilizó ante la opinión pública hasta que los hechos fueron denunciados.

Recordemos que el señor ministro de Salud, Jaime Mañalich, se reunía todos los días con el jefe de asesores del segundo piso, Cristián Larroulet -esto está acreditado-, con el asesor Rodrigo Ubilla y el Presidente de la República. Ahí se adoptaban diariamente las decisiones políticas respecto de la estrategia a seguir. El comité asesor no tenía relación en esas decisiones políticas, y eso lo ha dicho reiteradas veces.

Entonces, ¿qué más tenemos que esperar respecto del esclarecimiento de los fallecidos? En Chile, es un fenómeno relativamente estabilizado de cómo se contabilizan los fallecidos, de la declaración que hizo en la comisión el director del Servicio de Registro Civil e Identificación, Jorge Álvarez, en la que señala que él nunca fue contactado para coordinar con el exministro de Salud, ningún sistema de registro especial del que él venía señalando siempre.

En tercer lugar, ¿qué rol le asignan ustedes a este hecho, que constituye un grado de enmascaramiento de la realidad, a sabiendas de que había un sistema paralelo de comunicación a la Organización Mundial de la Salud, que establecía esa cantidad de fallecidos?

A mayor abundamiento, a raíz del contrato del Espacio Riesco, solo adelanto -porque esto está publicado- que el 23 de marzo, día en que el subsecretario de Redes Asistenciales, Arturo Zúñiga, celebra el contrato con Espacio Riesco, él declara que hay más de 4.000 contagiados, en circunstancias de que el reporte de ese día en Chile era de 1.100 contagiados, y reporta más de 100 fallecidos, en circunstancias de que el reporte señalaba una cantidad menor de fallecidos. O sea, existía -esto consta en los contratos y en declaraciones oficiales- un doble reporte -uno visible y otro oculto- desde hace, al menos, más de 120 días,

contados desde que empezó la pandemia. ¿Qué opinión le merece esta situación, que es la que finalmente se ha descubierto en los últimos cinco o seis días?

A mi modo de ver, esa situación tuvo un alto impacto en la salida del exministro de Salud, y que hoy día nos coloca en la encrucijada de saber la verdad de los sistemas de registro del Ministerio de Salud y la necesidad de terminar con la opacidad que existía en algo tan sensible como lo es la muerte de las personas en estas condiciones.

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Diego Schalper.

El señor **SCHALPER**.- Señor Presidente, obviamente creo que es muy importante que acá tratemos de tener la mayor rigurosidad posible, al alero de las afirmaciones que hacemos y de los datos que escrutamos, porque entiendo que esta es una comisión investigadora, no una comisión de intrigas periodísticas ni de hacer aseveraciones de conductas dolosas, cuando no se es capaz de probarlas.

Aquí, se dice que se han manipulado los datos, es una acusación sumamente grave, y quien la formula debe ser capaz de probarla. Creo que eso, al menos, es importante dejarlo expresamente, porque uno debe hacerse cargo de las cosas que asevera y no ampararse en el fuero parlamentario para formular acusaciones que serían constitutivas de una calumnia si lo hiciera un ciudadano de a pie.

Respecto de Ciper Chile, permítame hacer una precisión, señor Presidente, y después formulo la pregunta.

Creo que se ha explicado hasta el cansancio que el gobierno, y en especial el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, lo que hacía era informar a la OMS no solo los casos confirmados, sino que también -si entiendo bien, y sería bueno que en algún minuto lo explique el Ministerio de Salud- aquellos casos que podrían ser probables, cosa que después se va corrigiendo. Es decir, se informa más allá de los casos confirmados, de acuerdo con lo que corresponde. Por ende, podría ser esperable que hubiese algún tipo de diferencia en esos datos.

Entiendo -corrijame usted si estoy equivocado-, que aquí lo que se hace es una modelación a partir de una serie de

proyecciones sobre información que se recibe del Servicio de Registro Civil e Identificación.

Eso es más o menos lo que ha hecho Espacio Público; una modelación de datos.

Entonces, ¿cómo sabe Espacio Público que esas personas murieron de Covid-19? ¿Tiene acceso a las fichas clínicas, al certificado de defunción? ¿Cómo se puede aseverar que esas personas han fallecido a causa del Covid-19, o simplemente es una conjetura a partir de una correlación de datos?

Cuando Espacio Público señala que el Minsal oculta información de los fallecidos, ¿cómo se puede aseverar con certeza, o tengo una desinformación en que nunca han hecho una aseveración como esa?

El señor **PARDO**.- Le pido que si va a decir cosas que nosotros dijimos, me diga dónde las hicimos. Yo no recuerdo que las hayamos hecho.

El señor **MULET** (Presidente).- Perdón, tiene la palabra don Diego Schalper y después don Diego Pardo.

El señor **SCHALPER**.- Entonces, lo formulo como pregunta. ¿Cómo se puede aseverar -de alguna manera, siento que lo que ustedes han hecho es aseverar y si estoy equivocado corrijáme con total libertad- que debiera informarse una mayor cantidad de fallecidos de la que realmente corresponde y que esos fallecidos serían por Covid-19? ¿Cómo ustedes pueden dar eso como cierto, si lo que ustedes tienen solo son proyecciones y modelaciones a partir de ciertos datos probables?

Incluso, en su misma exposición usted ha dicho que muchas cosas no las sabe o no se pueden aseverar fehacientemente.

En el fondo, el corazón de mi pregunta es si ustedes pueden dar por cierto que sus proyecciones tienen correlato en la realidad, o es una mera proyección. Lo pregunto, porque desde el momento en que ustedes no tienen cómo asegurar que esas muertes que ustedes proyectan han sido efectivamente causadas por Covid-19 -porque lo que ustedes en el fondo hacen una correlación de datos-, pareciera ser que sus conclusiones solo podrían ser probables, posibles, pero no afirmables. ¿O estoy equivocado? Ustedes no tienen

una constatación fáctica de lo que están aseverando, sino que lo que hacen -insisto- es una modelación de datos.

Puedo estar equivocado, y obviamente estoy abierto a que usted me diga lo contrario.

El señor **MULET** (Presidente).- ¿Habría acuerdo unánime para prorrogar la sesión por 15 minutos?

Acordado.

Hay preguntas del diputado Leonardo Soto y después hará uso de la palabra el señor Diego Pardo para contestar las preguntas.

Tiene la palabra el diputado Leonardo Soto.

El señor **SOTO** (don Leonardo).- Señor Presidente, felicito a Espacio Público por el trabajo que ha hecho. La verdad es que en cualquier desafío público, sobre todo de la envergadura que es enfrentar la pandemia, es fundamental -diría imprescindible- que se haga con confianza.

La confianza en la gestión pública hoy día es más crítica que nunca, y la confianza se construye en base a la realidad; y Espacio Público hizo una enorme contribución a que los chilenos sepamos realmente lo que está ocurriendo y cuáles son las cifras de fallecidos por Covid-19.

Encuentro lamentable que no exista una única mirada respecto de este tema, pero es una realidad que también se ha manifestado en otros países y debemos asumirla.

Lamentablemente, en Chile hay cifras distintas, según quien cuente la cantidad de fallecidos a causa del Covid-19, o con ocasión del Covid-19 o por causas atribuibles al Covid-19. Aquí, hemos escuchado al diputado Diego Schalper explayarse al respecto, que tiene una idea; pero la opinión pública también tiene la suya.

Sin embargo, me quedo con lo principal, con que hay un reporte que nos entrega el Minsal, que es más reducido, el que señala que la cantidad de fallecidos asciende a tres y fracción; y otro que entregó el mismo Minsal, a propósito del debate público que inició Espacio Público y la señora Alejandra Matus, que señala que serían más de 5.000 los fallecidos por causas atribuibles al Covid-19, que es la cifra que se informó a la OMS. Es decir, hay dos cifras importantes -entiendo que no han sido desmentidas-, y va a

ser relevante que la comisión lo aclare, y sobre todo que se construyan políticas públicas con datos ciertos, precisos y necesarios.

A mí me parece que cuando se trata de saber realmente cuántas personas están contagiadas, hoy día Chile tiene el primer lugar del mundo en cantidad de contagiados por millón de habitantes, respecto de países que tienen más de tres millones de habitantes, sobre Italia y España-.

En consecuencia, construyamos políticas públicas basadas en la realidad.

Me gustaría saber, y se lo pregunto a Diego Pardow, respecto de la cantidad de fallecidos por causas atribuibles al Covid-19, ¿qué importancia tiene la diferencia entre cinco mil y fracción, que es la cifra que habría informado el Minsal a la OMS, y tres mil y fracción, que hoy día reconoce el Minsal en los boletines diarios? ¿Qué implicancias tiene, efectos o consecuencias de políticas públicas, sobre todo de perjuicios que pudiera haber por tener cifras distintas?

Otra pregunta a nuestro invitado es respecto del concepto de hibernación. Ustedes también instalaron la idea de la hibernación como una medida necesaria para adoptar hoy día, al menos, en la Región Metropolitana. Tiene que ver con que la cuarentena, que es casi total en la Región Metropolitana, ya lleva tres semanas o un mes -en algunas comunas lleva casi dos meses- y los resultados esperados no se consiguen. La cantidad de contagios y de fallecidos sigue aumentando a un ritmo preocupante.

En consecuencia, se podría estar mucho tiempo con cuarentenas con un grado de cumplimiento menor por parte de los ciudadanos y tener efectos como los que estamos evidenciando, puesto que cada día se informan cifras de fallecidos superiores a doscientas personas. Son números dramáticos, porque es como si cayera un avión lleno de pasajeros y se murieran todos los días. De eso estamos hablando. Son cifras terribles.

Entonces, mi preocupación es cómo paramos este nivel de contagios y de fallecidos en todo el país, pero también en la Región Metropolitana.

Pareciera ser que la hibernación, que es una paralización más rigurosa y más completa, como se ha implementado en otros países, podría tener la virtud de detener este ritmo de contagio mortal que tiene aterrizados a los chilenos.

¿Qué le parece la respuesta que ha dado el gobierno a la propuesta de hibernación de Espacio Público?

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señorita Camila Vallejo.

La señorita **VALLEJO** (doña Camila).- Señor Presidente, primero que todo, deseo saludar a los invitados. Quiero formular una pregunta a Diego; no sé si tendrá la respuesta. Obviamente, también hay que preguntárselo a la autoridad sanitaria.

Más allá de la exposición, todavía tengo dudas respecto de cómo se contabilizan los fallecidos sospechosos que murieron por covid-19 -entiendo que quizás es distinto morir con el virus que por el virus- versus cómo los estaría contabilizando el Ministerio de Salud, partiendo de la base de lo señalado por el diputado Juan Luis Castro, que había dos registros. Ese subregistro, que incluso manejaba el Ministerio de Salud, probablemente tiene una fórmula de determinar qué se entiende por posible fallecido por covid-19. Ahí están los pacientes que fallecieron dentro del hospital.

Sin embargo, ¿qué pasa con la gente que falleció en sus casas aparentemente por otra causa, que todavía se está investigando?

Es decir, cuál es la metodología concreta que se estaría aplicando desde el Ministerio de Salud versus la forma en que ustedes proyectan y contabilizan esto, o solo es un estimativo entre la cantidad menor de fallecidos versus la cantidad de fallecidos que se están produciendo en estos meses, entendiendo la baja producto del cierre de colegios, lo que ha evitado que muchos niños y niñas, que antes se contagiaban en el período de invierno, se enfermaran y haya menos muertes, y también de adultos mayores por estos casos.

Quiero saber más precisamente la metodología para medir ese porcentaje de personas que están en veremos. En definitiva, cuándo tendremos el resultado, si realmente

murieron por eso.

También quiero consultar sobre la idea de hibernación, porque entiendo que son medidas y propuestas radicales en un contexto sumamente crítico, como el que está atravesando en estos meses nuestro país. ¿Eso va asociado a garantías para que se pueda cumplir una hibernación como la que se ha señalado públicamente?

Mi pregunta va asociada a las políticas públicas que tenemos hasta el momento y que permitirían garantizar eso. Lo pregunto porque me ha tocado estar en Puente Alto, que constituye un caso crítico, y también en La Pintana y La Florida, que son comunas de mi distrito, donde la situación es sumamente crítica.

Además, el hacinamiento es tremendo. Hay familias de seis personas que viven en *blocks* de departamentos de 30 metros cuadrados, lo que resulta imposible. O sea, esa gente debe turnarse para estar dentro de la casa. Probablemente, está más segura en una plaza o un parque que en su propia casa, por el tema de distanciamiento físico.

Entonces, cómo se puede hacer una propuesta seria y responsable respecto de la hibernación para que se pueda cumplir, pensando en la realidad chilena, en el hacinamiento, en la pobreza y en la vulnerabilidad de los territorios, principalmente en la Región Metropolitana, entendiendo que quizás en esta última la situación es la más crítica, tal como ocurre en Valparaíso y en otras regiones.

El señor **MULET** (Presidente).- Antes de ofrecer el uso de la palabra al señor Pardow, quiero hacer unas preguntas.

En primer lugar, ¿quién determina en Chile el número de fallecidos al mes o al año? ¿Es el INE?

Entiendo que es el INE, pero quisiera que lo reafirmara, porque habrá que llegar a una cifra real respecto del número y de las causas.

En segundo lugar, hay una denuncia periodística muy interesante de Alejandra Matus y un estudio estadístico que hace Espacio Público, que fue publicado el 3 de junio, y usted lo acaba de entregar resumidamente. Luego, tenemos la denuncia periodística de Ciper.

Usted partió señalando que Espacio Público era muy

necesario para discutir políticas públicas o saber la evidencia, la verdad o la realidad concreta respecto de algunos temas.

En definitiva, ¿qué puede significar proyectar en medio de una pandemia alrededor de 3.000 o 5.000, con una desviación o una diferencia tan grande en el comienzo, o en la mitad del camino, de una situación como la que vivimos?

Todos entendemos que saber el número de muertos y de contagiados por la covid-19 es muy importante para el TTA.

O sea, si se nos van 2.000 o 3.000, y se nos quedan en el mes 2, y no los damos por fallecidos por coronavirus, aunque hay una alta probabilidad de que lo sean, significa que no se van a testear o aislar a las personas.

Entonces, desde el punto de vista de los números, genera una distorsión muy grande no saber esa evidencia, teniendo una diferencia de 3.000 a 5.000, por cerrar la cifra.

Tiene la palabra el señor Diego Pardow.

El señor **PARDOW**.- Señor Presidente, fueron muchas preguntas y muy variadas. Trataré de agruparlas y responder lo que pueda. Si tienen más preguntas, quedaré encantado de responderlas.

Quiero empezar de la siguiente manera. Espacio Público es una institución seria y trabajamos sobre la base de datos. Por supuesto, nos hacemos responsables de lo que decimos, pero no de lo que no decimos.

El hecho de que trabajemos sobre la base de datos significa que me resulta imposible enjuiciar intenciones; me resulta imposible hacerlo respecto de la intención que habrá tenido cierto funcionario u organismo o lo que sea, porque no tengo cómo verla.

Como representante de esta institución hablo solamente sobre las cosas que podemos percibir y sistematizar. De alguna manera, no podemos ver esas intenciones dado que otras personas, desde otras perspectivas metodológicas, pueden tratar de anticipar esas intenciones a partir de hechos que no son de lo que nos toca a nosotros.

Con el mismo énfasis, en particular sobre lo mencionado por uno de los diputados al principio, tampoco me puedo hacer cargo de afirmaciones que no he hecho como vocero de

esta institución, ni de las que haga alguno de nuestros voceros, y ciertamente de las que no están en nuestros reportes.

Si el diputado que me hizo esa pregunta me pudiera decir en qué medio de comunicación o en qué parte encontró que Espacio Público había acusado a alguien de esconder algo, encantado me haré cargo de esa aseveración.

Voy a leer el informe. Como señalé al inicio, quiero que pongamos la evidencia en el centro del debate para que tengamos un diálogo fructífero y llegue a alguna parte.

Entonces, pongamos en medio la evidencia y veamos qué dice el informe. El informe entrega las estadísticas descriptivas, la forma en que se hizo el estudio; más o menos, lo mismo que expliqué. Además, señala que es probable que en los análisis posteriores al 27 de mayo, con el sistema hospitalario al límite y, en momentos, colapsado, este factor se vuelva más preponderante. Es decir, que la magnitud de 700 muertos que hemos mencionado, razonablemente, podía subir y que, por lo tanto, era una preocupación sensible.

A la fecha de hoy, nos parece que el peso de la prueba, respecto de que no se trataría de muertes directamente relacionadas con el covid, recae sobre la autoridad, por insistir en un plan autoritario que lleva a subreportes sistemáticos. Esa afirmación quiere decir que los datos para determinar que los 700 muertos en exceso habían fallecido o no por Covid, requiere de un tipo de información a la cual nosotros no tenemos acceso. Nosotros solo revisamos información agregada del número de fallecidos a nivel de comuna. Esa es toda la información a la que tuvimos acceso y es toda la información a la que tiene acceso la sociedad civil.

Si bien hay países en que se puede acceder a más datos y a mayor información, como México y Colombia, ¿sería razonable que tuviéramos acceso a toda la información? Por supuesto que no. ¿Por qué una organización no gubernamental, que no tiene ningún deber explícito de confidencialidad, va a conocer el número de fallecidos, dónde murieron, la causa de muerte y su identidad real? Por cierto que no corresponde,

también eso es parte de la privacidad de las personas. Pero hay otros países que encuentran el balance entre privacidad y transparencia, de manera de permitir mayor acceso a los datos, como los ejemplos que di de México y Colombia.

Claramente, esa frase es lo que nosotros hemos dicho: sobre la base de información agregada, hicimos el ejercicio de tomar todos los registros de las cuatro semanas de abril y las cuatro semanas de mayo que están en el Registro Civil y restar la trayectoria histórica, la cual estimamos de siete años hacia atrás, divididos en semanas, con la metodología estándar para hacer esas cosas. Después de restar la trayectoria histórica, también restamos aquello que la propia autoridad califica como covid y, para los que quedan, hay que encontrar una explicación a ese orden de magnitud. Por ello, nos parece que la carga de la prueba es de quien tiene la información, que no somos nosotros.

No solo somos un centro de estudios serio, sino también transparente, por lo que quiero dejar claro que toda la metodología para replicar el análisis también está disponible, al igual que el informe, que es público. Ya sea que utilicen el Stata, el R o algún otro *software* estadístico, hay un manual para replicar el análisis, a través del cual ustedes pueden bajar la misma información y los mismos códigos para replicar el análisis y determinar si es que hay alguna diferencia metodológica o algún parámetro que quieran aplicar o estimar de otra manera. De alguna forma, eso está acá en el manual, que también está en nuestra página *web*, cualquiera puede verlo.

El señor **MULET** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para prorrogar por 15 minutos?

Acordado.

Señor Pardow, continúa con la palabra.

El señor **PARDOW**.- Señor Presidente, respecto del concepto de hibernación, que no tiene relación con lo que estamos hablando, trato de ser consciente y agradezco mucho el interés que suscitan nuestros informes periódicos. A través de nuestra vocería, hemos tratado de ser lo más claros con el mensaje; sin embargo, nosotros no propusimos una hibernación, porque no es un concepto técnico. Lo que

nosotros tratamos de decir es que, después de un mes de cuarentena, la palabra "cuarentena" ha perdido parte de su significado, por lo tanto, es importante reforzar esas medidas para aplanar la curva de contagio. Ahí está el informe. El informe siguiente trató de recoger las solicitudes de distintas personas que nos pidieron concretar eso.

Asimismo, hay que aclarar que "hibernación" no es un concepto técnico. Por lo demás, a nosotros no nos corresponde proponer políticas públicas específicas, sino que tratamos de sistematizar el *benchmark* internacional y las experiencias exitosas en otros países del mundo.

Traté de contestar lo que más pude, pero fueron tantas preguntas, que no sé si lo habré conseguido.

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Diego Schalper.

El señor **SCHALPER**.- Señor Presidente, solo cito el reporte que nos acaba de mostrar. Nos hace muy fácil el trabajo al insistir en ocupar criterios que implican subreportes sistemáticos. Creo que esa es la frase. Esa es una afirmación que usted (señor Pardow) solo puede hacer en términos probables, porque no tiene la constatación de que haya un subreporte real, toda vez que no tiene acceso a la información. ¡Está bien! usted podrá estar de acuerdo o no, pero la afirmación que usted hace de insistir en emplear un criterio que lleva a subreportes sistemáticos, es una afirmación temeraria. Lo digo, porque usted no tiene acceso a ninguno de los mecanismos que le permitan certificar que hubo un subreporte porque, según entiendo, usted no tiene acceso ni a las fichas clínicas, ni a los PCR ni a ningún otro dato concluyente. Entonces, cuando le pregunto cuál es la certeza con la que usted puede afirmar lo que está afirmando, simplemente quiero dejar constatado que usted puede hacerlo en términos probables, porque usted lo que está usando es un modelo de proyecciones, pero no puede afirmarlo de manera concluyente.

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

El señor **PARDOW**.- Señor Presidente, creo que el diputado

está confundiendo lo que es estocástico con sistemático, que es el lenguaje con el que tradicionalmente se expresan las estadísticas. Lo aleatorio y lo probable se opone a lo sistemático, que son los efectos que van más allá de lo que, por convención, uno puede explicar simplemente por variabilidad.

En ese contexto, no lo digo yo, sino la Organización Mundial de la Salud (OMS) -hay evidencia internacional al respecto- el criterio restringido basado en el conteo de fallecidos por PCR, llevaba un subreporte sistemático. Se trata de un subreporte que va más allá de la variación aleatoria, como mostraba la evidencia comparada y como lo han ratificado los hechos. Por eso, las correcciones que se han hecho en los últimos días, a las que hizo referencia otro diputado, tienen que ver con que, efectivamente, contabilizar los fallecidos que tenían un PCR positivo, llevaba a subestimar de manera sistemática, más allá de la variación aleatoria, a aquellas personas que fallecían en sus casas y que no pasaban por los recintos hospitalarios. Ese no es un problema solo de Chile, sino que ha pasado en otros países, pero efectivamente es sistemático. El término "sistemático" está perfectamente utilizado, de acuerdo con su acepción técnica.

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

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señor Presidente, tal como dijo el señor Pardow, hay una acción sistemática de un reporte dual o subreporte. De hecho, hoy nadie conoce exactamente el número definitivo de personas fallecidas con PCR positivo o probable PCR positivo. El país aún no conoce esa cifra, pero está por conocerla.

En ese sentido, por su intermedio, señor Presidente, le pregunto al señor Pardow qué piensa respecto de que actualmente sea conocido su planteamiento o su hipótesis que mostró en el texto y que hoy está avalado por el consejo asesor. En definitiva, quiero conocer su punto de vista sobre el reporte dual, que sabemos que existió desde el principio en el Ministerio de Salud, hacia la Organización Mundial de la Salud, que recién ahora estamos conociendo y

que agrega más de 2.000 fallecidos adicionales.

Entiendo que ustedes conversaron con el entonces ministro Jaime Mañalich, antes de que se supiera esto último.

¿Qué le parece al señor Pardow que nunca se hayan comunicado esos antecedentes a la opinión pública, en casi cuatro meses de pandemia, a pesar de que así lo recomendó el Consejo Asesor covid-19 y la propia autoridad lo anunció al país el 1 de junio, hace 17 días, sin que eso haya ocurrido, sino que recién ahora el nuevo ministro lo ha anunciado -reporte que será semanal- y seguramente en los próximos días veremos un aumento de más de 2.000 casos reflejados en la estadística oficial?

He dicho.

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Leonardo Soto.

El señor **SOTO** (don Leonardo).- Señor Presidente, sin duda, nuestro invitado tiene el respaldo de las cifras que ha expuesto en su informe y en su metodología científica, por lo que, evidentemente, no me atrevo a cuestionarla; por el contrario, creo que está bien hecha.

Lo que me parece insólito, y perdone que lo diga, es que el diputado Schalper apunte con el dedo a Espacio Público, una institución que está tratando de arrojar claridad sobre la cantidad de fallecidos, cuya información completa tiene el gobierno que él representa, y se atreva a decirle que no puede asegurarlo, en circunstancias que es el gobierno el que debe transparentar las dos cifras de fallecidos y explicar por qué se han utilizado dos reportes sobre ese tema: uno público, con una clara subestimación de los fallecidos, y otro oculto, que ha sido descubierto por Ciper Chile, que es el que se entrega a la OMS, que señala que existen más de 5.000 personas fallecidas.

Los representantes del gobierno en la comisión están apuntando con el dedo a quienes descubrieron esa dualidad de reportes, y eso me parece insólito.

Por eso, más que hacer una pregunta, le pido que invitemos a la brevedad al ministro de Salud para que acabe con esta polémica, que me parece innecesaria, porque lo que se necesita es claridad, información y confianza. No obstante,

también se necesitan mejores políticas públicas ya que ambas están íntimamente ligadas.

Por lo tanto, espero que el nuevo ministro zanje ese tema a la brevedad, pues cada día que pasa, en que se mantiene ese subreporte y un reporte real que se entrega a la OMS, estamos horadando nuestra capacidad para enfrentar eficientemente el coronavirus.

He dicho.

El señor **MULET** (Presidente).- Señor diputado, el ministro fue citado a la sesión de hoy, pero pidió ser recibido el próximo jueves y ya comprometió su asistencia.

Tiene la palabra el señor Diego Pardow.

El señor **PARDOW**.- Señor Presidente, en relación con la pregunta referida a cómo cambiarían las cifras de fallecidos a la luz de los nuevos antecedentes, le respondo que todavía lo estamos estudiando.

Los nuevos fallecidos se han ido incorporando en distintos días, entonces, no es tan fácil hacer esa actualización. Pero la estamos haciendo y la comunicaremos cuando la tengamos lista, tal como lo hemos hecho en otras oportunidades, por medio de un informe, y estaremos abiertos a recibir preguntas y a contestarlas, cada vez que ustedes lo requieran.

Por tanto, estaré encantado de asistir nuevamente a una sesión de esta comisión, una vez que tenga el informe sobre esa otra situación, que todavía no tengo. Sin embargo, daré respuesta a todas sus preguntas, pero todavía no está listo el nuevo informe, de modo que no tengo cómo cuantificar la manera en que los cambios administrativos que ha adoptado el Ministerio de Salud en la última semana afectarían a este ejercicio.

El señor **MULET** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, a propósito de lo último que dijo el diputado Soto, hago ver que es necesario tomarse esto muy en serio.

La transparencia afecta a la credibilidad de la autoridad, y eso se traduce en la adhesión ciudadana a las medidas que toma dicha autoridad. En países en que hubo más

transparencia, se comprobó que la adhesión de la ciudadanía a las medidas adoptadas fue mucho mayor, sobre todo en el ámbito de control comunitario.

Esto no tiene nada que ver con las peleas de la oposición, sino con la credibilidad de la autoridad sanitaria que conduce las medidas, sobre todo de control comunitario, que fueron mucho mejores en aquellos países con mayor transparencia.

En Chile, la falta de transparencia, en el caso de los pacientes reportados como fallecidos por covid-19, se debió a la no utilización de las cifras que históricamente consideraba el Ministerio de Salud a través del DEIS (Departamento de Estadísticas e Información de Salud), que durante sus años de existencia nadie ha cuestionado en cuanto a la seriedad con que han elaborado las cifras.

Entonces, le reportábamos a la OMS de acuerdo a las cifras del DEIS, que tenía una información determinada, pero informábamos a la ciudadanía en Chile según otra fórmula o mecanismo.

Claramente, eso genera un círculo vicioso que hace mermar la credibilidad de la autoridad sanitaria y la adhesión de la ciudadanía. Eso es algo preocupante, porque necesitamos que los ciudadanos adhieran a las medidas de control comunitario, y para eso debe existir una autoridad creíble. Ese es el objetivo de esta conversación, no es otro.

Lo planteo porque creo que esta comisión debe asumirlo con total seriedad.

He dicho.

El señor **MULET** (Presidente).- Pido a los diputados y a las diputadas que hagan llegar a la Secretaría de la comisión la nómina de personas que quieren convocar, citar o invitar a las próximas sesiones.

Aprovecho de comunicarles que también sesionaremos los lunes, en un horario que no coincide con el de las comisiones de Salud ni de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento.

Les recuerdo que el ministro Enrique Paris asistirá a la sesión que haremos el jueves de la próxima semana, acompañado por el director de estadísticas del ministerio, a

quien se aludió recién.

Definiremos una línea de trabajo de modo de tener invitados en ambos días de la semana, los jueves siguiendo el trabajo más permanente y los lunes el más contingente. Por eso, les reitero que me hagan llegar sus líneas de trabajo y sus nóminas de invitados para agruparlos y hacer un trabajo más eficiente.

A don Diego Pardow, en nombre de la Comisión, le agradezco su asistencia y, por su intermedio, a Espacio Público, por su exposición y por su voluntad de estar acá, por tratarse de una organización privada que ha sido invitada, no citada.

El señor **PARDOW**.- Señor Presidente, gracias a ustedes por la invitación.

Haré llegar al Secretario de la comisión, señor Carlos Cámara, los antecedentes que nos han solicitado durante esta sesión.

El señor **MULET** (Presidente).- ¿Hay algún otro oficio que quieran solicitar, antes de levantar la sesión?

Tiene la palabra el diputado Leonardo Soto.

El señor **SOTO** (don Leonardo).- Señor Presidente, le haré llegar un oficio el lunes, con el objeto de despacharlo ese mismo día.

El señor **MULET** (Presidente).- De acuerdo.

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

-Se levantó la sesión a las 16.57 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,

Redactor

Jefe Taquígrafos Comisiones.