

**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° 23, LEGISLATURA 367ª, CELEBRADA EN JUEVES 08 DE OCTUBRE DE 2020, DE 14.30 A 17.00 HORAS.**

**SUMA**

Continuar la investigación objeto del mandato. Participaron en la sesión la Jefa de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública, señora Johanna Acevedo; y el señor Ariel León Bacián, representante de la Asamblea Originaria por la Descolonización y la Plurinacionalidad, acompañado del señor Esteban Araya Torocco.

**I. PRESIDENCIA**

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

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

**II. ASISTENCIA**

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

Asimismo, participaron en calidad de invitados, todos vía remota, la Jefa de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública, señora Johanna Acevedo; y el señor Ariel León Bacián, representante de la Asamblea Originaria por la Descolonización y la Plurinacionalidad, acompañado por el señor Esteban Araya Torocco.

### III. ACTAS

El acta de la sesión N° 21 se da por aprobada, por no haber sido objeto de observaciones. El acta N° 22 se puso a disposición de los señores y señoras diputados.

### IV. CUENTA

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

### V. ORDEN DEL DÍA

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

### VI. ACUERDOS

1.- Oficiar al Ministro de Salud para solicitarle información de la manera en que, en el marco del combate a la pandemia Covid-19, se ha dado cumplimiento a la normativa legal y reglamentaria relacionada con el respeto a las costumbres y creencias ancestrales de los pueblos originarios, tanto en lo relativo al respeto de los tratamientos alternativos adecuados a sus creencias, como a su tratamiento y caracterización diferenciada en los registros y estadísticas relacionados con la pandemia.

2.- Oficiar al Director General de Aeronáutica Civil, para solicitar información sobre los vuelos, regulares y chárter, cuyo origen o destino hayan sido los aeropuertos El Loa de Calama, Andrés Sabella de Antofagasta y Desierto de Atacama de Caldera, con especial indicación de su número, la cantidad de pasajeros transportados en cada caso y las medidas de control adoptadas para impedir la propagación del virus Covid-19.

3.- La Comisión CEI 47, en sesión de esta fecha, tomó conocimiento de que en atención a las querellas criminales que se han presentado en contra de diversas autoridades y ex autoridades, por actuaciones u omisiones en el contexto de la catástrofe por COVID-19, el día 8 de septiembre de 2020, el señor Fiscal Marcelo Carrasco, acompañado de la PDI, realizó la entrada y registro a las reparticiones de su Ministerio para incautar los correos electrónicos del ex ministro Jaime Mañalich Muxi, de su respectiva Jefa de Gabinete, y de doña

Paula Daza, actual Subsecretaria de Salud Pública, habiendo sido debidamente autorizado para esta diligencia investigativa por el Juzgado de Garantía de Santiago, competente. Sin embargo no se pudo realizar, por cuanto el Ministro de Salud se opuso a ésta.

En consideración a los antecedentes expuestos, la Comisión acordó oficiar al Ministro de Salud, señor Enrique Paris Mancilla, solicitando la siguiente información:

a) El fundamento legal para invocar la Ley de Derechos del Paciente como argumento válido para oponerse a una diligencia investigativa debidamente autorizada por el órgano judicial correspondiente.

b) La razón por la cual el abogado Eduardo Riquelme Portilla intervino en la oposición a la diligencia investigativa, y su relación con la repartición que el Ministro de Salud dirige.

c) Si la oposición a la entrega del requerimiento del Ministerio Público de correos electrónicos fue instruida por el Presidente de la República, algún asesor del gabinete de éste, o por el señor Ministro del Interior y Seguridad Pública.

4.- En atención a que la Comisión CEI 47, en sesión de esta fecha, tomó conocimiento de que, en el marco de una investigación penal y previamente autorizado por un tribunal de justicia, el señor fiscal Marcelo Carrasco del Ministerio Público, acompañado de la Policía de Investigaciones de Chile, realizó la entrada y registro a las reparticiones del Ministerio de Salud para incautar los correos electrónicos del ex ministro Jaime Mañalich Muxi, de su respectiva Jefa de Gabinete, y de doña Paula Daza, actual Subsecretaria de Salud Pública, diligencia que se frustró por la acción de un abogado presuntamente contratado por vuestro Ministerio, el señor Eduardo Riquelme Portilla, quien también representa a los imputados en dicha investigación penal, la Subsecretaria de Salud Pública, señora Paula Daza Narbona y el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Arturo Zuñiga Jory, según da cuenta la información publicada en distintos medios de prensa, valga como ejemplo la nota disponible en <https://www.t13.cl/noticia/nacional/minsal-se-opuso-entregar-informacion-fiscalia-resguardar-informacion-sensible-muertes-por-covid-19-09-09-2020>

Como es de público conocimiento, en el mes de noviembre de 2019, los abogados Jorge Bofill Genzsch, Gabriel Zaliasnik Schilkrut, Samuel Donoso Boassi y Marcelo Sanfeliú Gerstner, fueron contratados por el Gobierno como abogados ad honorem “por el bien público”. Estos profesionales sostienen reuniones permanentes en el Palacio de La Moneda, asumen un rol público como querellantes, y han hecho diversas declaraciones en función de dicho rol. Valgan

como ejemplo las disponibles en los siguientes enlaces:  
<https://www.emol.com/noticias/Nacional/2019/12/02/969013/Abbott-abogados-criticos-saqueos.html>; <https://ellibero.cl/actualidad/zaliasnik-el-ministerio-publico-no-ha-dado-senales-de-determinacion-para-perseguir-las-responsabilidades-tras-el-18-de-octubre/>;  
<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/manifestaciones/la-polemica-entre-jorge-abbott-y-los-penalistas-convocados-por-el/2019-12-03/182409.html>.

Considerando que, al menos para efectos penales, estos abogados tienen la calidad de empleados públicos, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 260 del Código Penal y lo manifestado por la Excelentísima Corte Suprema.

En este contexto, los profesionales ya referidos, se reunieron en el domicilio particular de S.E. El Presidente de la Republica, para tratar asuntos relacionados con el orden público y la seguridad pública, materias propias de la cartera que Usted dirige.

Por estas consideraciones, en relación con los antecedentes expuestos, la Comisión acordó oficiar al Ministro del Interior y Seguridad Pública, señor Víctor Pérez Varela, solicitando la siguiente información:

a) Régimen de contratación de los abogados Jorge Bofill Genzsch, Gabriel Zaliasnik Schilktrut, Samuel Donoso Boassi, Marcelo Sanfeliú Gerstner y Eduardo Riquelme Portilla, con el Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

b) Remita copia de los contratos entre el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y los abogados Jorge Bofill Genzsch, Gabriel Zaliasnik Schilktrut, Samuel Donoso Boassi, Marcelo Sanfeliú Gerstner y Eduardo Riquelme Portilla, con el debido resguardo de los datos personales contenidos en dichos documentos.

c) Remita copia de los mandatos judiciales conferidos a los abogados Jorge Bofill Genzsch, Gabriel Zaliasnik Schilktrut, Samuel Donoso Boassi, Marcelo Sanfeliú Gerstner y Eduardo Riquelme Portilla, con el debido resguardo de los datos personales contenidos en dichos documentos.

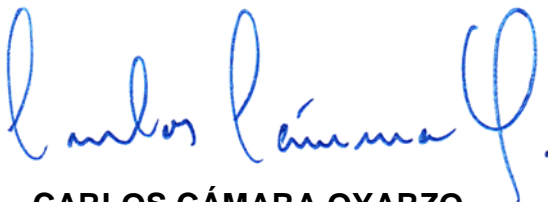
d) La razón por la que el abogado Eduardo Riquelme Portilla intervino en la oposición a la diligencia investigativa llevada a cabo por el Ministerio Público en dependencias del Ministerio de Salud.

e) Si la oposición a la entrega del requerimiento del Ministerio Público de correos electrónicos en dependencias del Ministerio de Salud fue instruida por el Presidente de la República, algún asesor del gabinete de éste, por Usted, el Subsecretario del Interior o algún asesor del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

\*\*\*\*\*

Se hace presente que la sesión se realizó vía telemática, a través de la plataforma Zoom. El detalle de lo obrado en esta sesión queda registrado en un archivo de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 256 del Reglamento.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 17.00 horas.



**CARLOS CÁMARA OYARZO**  
**ABOGADO SECRETARIO DE LA COMISIÓN**

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

**SESIÓN MIXTA  
PRESENCIAL Y VÍA TELEMÁTICA**

Sesión 23<sup>a</sup>, celebrada en jueves 8 de octubre de 2020,  
de 15.30 a 17.05 horas.

**VERSIÓN TAQUIGRÁFICA**

Preside el diputado señor Jaime Mulet Martínez.

Asisten por vía telemática las diputadas señoras Marcela Hernando y Camila Vallejo y los diputados señores Nino Baltolu, Juan Luis Castro, Ricardo Celis, Frank Sauerbaum, Diego Schalper y Víctor Torres.

Concurren como invitados, por vía telemática, la jefa de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública, señora Johanna Acevedo; el representante de la Asamblea Originaria por la Descolonización y la plurinacionalidad, señor Ariel León Bacián, acompañado por el señor Esteban Araya Toroco.

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

**TEXTO DEL DEBATE**

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

El acta de la sesión 21<sup>a</sup> se declara aprobada.

El acta de la sesión 22<sup>a</sup> queda a disposición de las señoras diputadas y de los señores diputados.

No hay documentos que mencionar en la Cuenta.

Ofrezco la palabra sobre puntos varios.

Ofrezco la palabra.

Entrando en el Orden del Día, en esta sesión recibiremos a la

jefa de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública, señora Johanna Acevedo, y el representante de la Asamblea Originaria por la Descolonización y la Plurinacionalidad, señor Ariel León Bacián, acompañado por el señor Esteban Araya Toroco.

Tiene la palabra la señora Johanna Acevedo.

La señora **ACEVEDO**, doña Johanna (vía telemática).- Señor Presidente, agradezco la invitación a esta sesión de la Comisión.

Haré una presentación sobre la situación del COVID-19 en Chile, el plan de preparación respuesta y los aspectos de la mitigación.

A modo de antecedente, recordaré a todos ustedes que de acuerdo con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuanto a la preparación frente al riesgo de pandemia, nosotros debíamos tener respuestas frente a cuatro escenarios epidemiológicos.

1.- Un escenario sin casos, llamado fase 1, en el cual se le pide a los estados miembros preparar lo que será su mecanismo de acción frente a la eventual llegada de casos, lo que se debe realizar mientras los países no hayan recibido casos.

2.- La fase 2, en la cual hay casos esporádicos que llegan de manera paulatina a los países. En este caso, el objetivo principal, desde el punto de vista de la epidemiología y la salud pública, es poder hacer contención de esos casos para evitar la aparición de casos secundarios a partir de ellos.

3.- En la fase 3, lo que se pide a los estados miembros es evitar la transmisión comunitaria a partir de estos casos secundarios que pueden haber ocurrido de los casos ocurridos en la fase 2.

4.- Finalmente, en el escenario de pandemia denominado fase 4, que se caracteriza porque ya existe transmisión sostenida de la epidemia, se pide a los países implementar medidas de mitigación con el objeto de reducir el impacto en la salud pública.

En ese sentido, como país comenzamos a prepararnos muy tempranamente realizando distintas actividades y desarrollando ciertas acciones tanto desde el punto de vista reglamentario como también desde el punto de vista de salud

pública.

Formamos el comité de brote y uno de los hechos importantes que aconteció en algunos de los departamentos de mi división fue, en primera instancia, el haber decretado el 22 de enero la alerta epidemiológica a toda la red de vigilancia, lo que nos permitió decretar la COVID-19 como una enfermedad de notificación obligatoria e inmediata en todos los casos sospechosos.

Después se definieron distintos puntos de acción, como fue la implementación de restricciones de control en los puntos de entrada en el contexto de esta emergencia de salud pública de importancia internacional, y el reforzamiento de la red de vigilancia epidemiológica asociada a las enfermedades del tipo influenza e infección respiratoria aguda grave.

De manera paralela se decidió ampliar la red de laboratorios con el objeto de mejorar la capacidad de diagnóstico PCR en el país y para eso se tuvo que hacer una ampliación de la alerta sanitaria para tener facultades extraordinarias a fin de financiar distintas cosas que implicaban, por ejemplo, ampliar de manera efectiva la red de laboratorios.

Otro aspecto importante fue la mantención, a través de múltiples ordinarios y distintos elementos de reforzamiento continuo, de las acciones de la vigilancia epidemiológica.

Finalmente, el 18 de marzo se declaró el estado de emergencia por situación de catástrofe a raíz de lo que la OMS había calificado como pandemia.

Solo como ejemplo, en los meses de enero y febrero estábamos en fase 1 y el primer caso fue diagnosticado el 3 de marzo por lo que a medida que pasó el tiempo se fueron activando diferentes instrumentos como los ordinarios y los decretos de alerta.

En la imagen están marcados los casos sospechosos porque dado que ya se había implementado un sistema de notificación obligatoria se tenían diferentes alertas, principalmente de viajeros que presentaban síntomas respiratorios a los cuales se les aplicaron los exámenes para confirmar o descartar que fueran casos.

A partir de marzo se dio inicio a la fase 2, prontamente la fase 3 y finalmente, a fines de marzo o principios de abril



comenzó la fase 4 en algunos territorios nacionales.

Paralelamente a estos ordinarios o diferentes instrumentos, comenzamos a aplicar otras medidas de salud pública, como el establecimiento de la aduana sanitaria y las cuarentenas en algunas zonas del país.

Posteriormente a todo esto -yo diría hasta abril, mes hasta el cual nos concentramos en sacar toda la documentación-, el mayor hito de cambio o reestructuración ha sido el lanzamiento de la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento que sacamos el 12 de julio.

A modo de resumen, las principales acciones en salud pública se concentran en cinco hitos fundamentales: primero, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en toda su extensión; segundo, la vigilancia en los puntos de entrada; tercero, el establecimiento de medidas de cuarentenas y cordones sanitarios a lo largo del país; cuarto, el fortalecimiento de la red de laboratorios para optimizar el diagnóstico y, quinto, todo el fortalecimiento de la red asistencial.

En esta presentación haré referencia al punto uno, que principalmente involucra a la División de Planificación Sanitaria en cuanto a los aspectos de vigilancia epidemiológica.

Como mencioné en la primera *slide*, en enero establecimos tempranamente la vigilancia obligatoria universal de todo caso sospechoso de covid-19 en nuestro país. A través de diferentes instrumentos establecimos el reforzamiento del monitoreo de las atenciones de urgencia y de todas las causas respiratorias a través de diferentes cuestionarios que tendían a pesquisar si esa patología respiratoria pudiera o no estar relacionada en ese momento a un caso importado de covid-19.

Paralelamente, se fue trabajando en definir una metodología para incorporar a todos los centros de vigilancia centinela, tanto en Enfermedad Tipo Influenza como IRAG en los estudios del coronavirus.

Para ello, adjuntamos o implementamos en nuestro sistema de vigilancia, llamado Epivigila, un formulario específico que nos permitiera notificar los casos de coronavirus.

¿Según qué se ejercía o no esta definición o sospecha clínica? Eso se hacía de acuerdo con la definición de caso vigente, porque en la medida en que uno va adquiriendo nuevos conocimientos, según el lineamiento de la Organización Mundial de la Salud, se ha ido modificando la definición de caso para los países. Pongo el ejemplo de la definición que había en marzo, cuando se establecía como primer hito o factor de riesgo el antecedente del viaje.

Entonces, todo viajero que presentara enfermedad respiratoria aguda con fiebre, o algún signo de enfermedad respiratoria o el antecedente de haber viajado a un país con transmisión local de covid-19, era un caso sospechoso 14 días previos al inicio de síntomas, como también cualquier paciente con enfermedad respiratoria aguda y el antecedente del viaje o paciente con infección respiratoria aguda que resida o se encuentre de paso en la región, con circulación comunitaria de SARS-CoV-2, y que presentara fiebre y, a lo menos, uno de los otros tres síntomas.

Como dije, la definición de caso ha ido cambiando a lo largo del tiempo. La última está contenida en la resolución exenta N°839, del 5 de octubre, que establece quiénes son los casos sospechosos, pues ya no tenemos el antecedente de viaje propiamente tal. Los sospechosos son todas aquellas personas que presentan un cuadro agudo de infección respiratoria aguda, con síntomas compatibles, y aquellas que presentan una enfermedad respiratoria aguda grave y que requieren hospitalización.

También, los casos confirmados son aquellos casos sospechosos y cuyo resultado queda en el PCR positivo.

Adicionalmente, establecimos cuatro criterios para determinar que una persona es un caso probable, que para efectos de la vigilancia no es un caso confirmado, porque no posee el examen *gold standard*, que es la PCR positiva; sin embargo, otros antecedentes clínicos o en cuanto a anamnesis nos permiten decir que se trata de un caso altamente probable.

La definición de los casos probables que actualmente tenemos se realiza por laboratorio, cuando una persona que cumple con la definición de caso sospechoso, pero cuyo examen de PCR resulta indeterminado o bien cuando tiene una prueba

antigénica para SARS-CoV-2 positiva, independiente del examen PCR.

También se establece la definición de "caso probable" por nexo epidemiológico, cuando una persona es un contacto estrecho, es decir, que ha estado bajo las condiciones que lo definen con un caso confirmado y que desarrolla sintomatología respiratoria compatible 14 días posteriores al contacto. Para los casos por nexo epidemiológico no se requiere hacer examen PCR para confirmar su diagnóstico. En caso de que la persona se realice un examen de PCR, si este resulta negativo, se mantienen como caso probable por nexo epidemiológico, y si ese resultado es positivo se establece como un caso confirmado.

Adicionalmente, tenemos caso probable por imágenes, que es cuando una persona tiene una PCR negativa, pero cuenta con un TAC con una imagen característica de covid-19, cuya conclusión diagnóstica debe ser confirmada por un médico radiólogo.

Finalmente, también son casos probables las personas que hayan perdido brusca o completamente el olfato, es decir, que presenten anomia o hayan perdido el gusto, sin una causa que lo explique, independientemente del antecedente epidemiológico de nexo.

El formulario de notificación es el que ustedes ven en la lámina. En términos generales, es un sistema web, por lo que está disponible tanto en la intranet del Ministerio de Salud como en otras, porque es un *software* abierto. Cuenta con los siguientes componentes: primero, los antecedentes generales del notificador. Un aspecto importante es saber cuáles son los motivos de la notificación. Hoy tenemos dos motivos de notificación: uno es la atención médica, cuando alguien va a un doctor, sea porque es un caso sospechoso o porque necesita hacerse un procedimiento que requiera tener un examen de covid-19 negativo como una endoscopia, y el otro es a través de la estrategia de búsqueda activa, cuando no sea una necesidad del médico hacerse el examen, sino una necesidad de salud pública.

En ambos casos la etapa clínica, es decir, la sintomatología del paciente pudiera ser catalogada como caso sospechoso, si

presenta sintomatología; como caso probable, si presenta sintomatología y tiene el antecedente de nexos epidemiológico u otro; como búsqueda activa, si el paciente es totalmente asintomático, y, finalmente, como un caso confirmado. Posteriormente, se completan los antecedentes del paciente propiamente tal. Es importante señalar que los antecedentes personales se pre llenan en función de que el *software* está enlazado con la API del Programa Maestro de personas del Ministerio de Salud. Por lo tanto, al completar el RUT de la persona, se pre llenan el estado del paciente vivo o fallecido, los nombres, los RUT, la fecha de nacimiento, el sexo y la edad. Y se deben completar solo algunos datos de residencia.

Si se trata de un caso sintomático, se abre una pestaña advirtiéndole que son sintomáticos o asintomáticos, fecha de primeros síntomas, comorbilidad y estilos de vida.

También tenemos los antecedentes clínicos generales, si es la primera consulta y cuándo se hizo.

Otro aspecto importante es la indicación del lugar de reposo, lo que hemos incorporado a raíz de la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento, solicitando a los médicos clínicos que, dentro de la prescripción que le dan al caso, le indiquen si puede cumplir o no el aislamiento en su domicilio, en función de que su estado clínico lo permita, o bien si las condiciones socio sanitarias de su casa no lo permiten, indiquen como lugar de reposo la residencia sanitaria, y esto es parte de la prescripción.

Adicionalmente,...

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Señora Johanna, le quedan cuatro minutos. No sé la extensión de su presentación.

La señora **ACEVEDO**, doña Johanna (vía telemática).- ¿Cuatro minutos? ¿En serio? Me voy a apurar, entonces.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Para cumplir los veinte y después hacer consultas.

La señora **ACEVEDO**, doña Johanna (vía telemática).- O me extiende y hablo media hora y me hacen media hora de preguntas. ¿O no?

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Tenemos un

problema con el tiempo porque se demoró la sesión de Sala. Tómese cinco minutos más para su presentación.

La señora **ACEVEDO**, doña Johanna (vía telemática).- Muy bien. Estaba en el formulario de notificación. Ustedes pueden revisar los antecedentes de la vigilancia en las páginas del gobierno.

Hay algunos puntos que me interesa destacar. Uno es que existen diferencias sobre los casos totales, los activos, los recuperados por región, y aquí quiero destacar, por ejemplo, que hoy la Región de Coquimbo, que está con una tasa de incidencia actual de casos activos menor del país, que es de 36 por ciento, versus Magallanes, que tiene la mayor tasa de casos de activos, como incidencia actual.

No quiero dejar de destacar esta lámina, porque es muy ejemplificadora de cómo ha sido la distribución del covid en el país.

En esta primera etapa, ustedes ven de color azul la Región Metropolitana, donde los primeros meses o semanas la distribución de los casos era de 50 por ciento en la Región Metropolitana y 50 por ciento en el resto del país.

Cuando llegamos a fines de abril y la epidemia estaba en expansión en la Región Metropolitana, ustedes ven cómo disminuye la proporción del resto de las regiones con respecto de lo que significa la crisis que estábamos viviendo con el aumento de los casos en la Región Metropolitana.

Finalmente, una vez que esto se logra controlar, a mediados de julio, podemos ver cómo van disminuyendo cada vez más la Región Metropolitana con el resto de las regiones.

Las curvas epidémicas por región también son parte de los informes, así como los R. De estas dos cosas me interesa destacar que nosotros semanalmente, en realidad diariamente, hacemos muchos análisis para ver cómo se está dando la dinámica en la transmisión en cada una de las regiones y poder orientar las acciones de Salud Pública a través de las Seremis.

¿Cómo ha ido la evolución? Esto corresponde al último mes. Si uno analiza el último mes, en la variación de la quincena actual con la pasada se había visto un leve aumento de casos de 6 por ciento a nivel país, y cuando uno hace un doble clic

en esta quincena actual, los siete días actuales versus los siete días anteriores a esta semana, uno ve que en términos generales se observa una disminución en el número de casos absolutos de la semana actual con respecto a la anterior.

Me interesa destacar aquí que la distribución o los tiempos de epidemias que hemos tenido a lo largo del país ha impactado de diferente forma, y cuando uno ve, por ejemplo, el número de casos acumulados, se ha concentrado en ciertas regiones como un número absoluto, y si lo ve como tasa de incidencia, que nos permite comparar el resto, o de manera igual todas las regiones del país, ve que en el fondo las tasas de incidencias más altas se han concentrado entre Arica, Antofagasta, la Metropolitana, y ahora lamentablemente en Magallanes. Y en regiones, como Aysén, y estas del centro que presentan las menores tasas de incidencia acumulada.

También quiero mostrar las comunas con mayores casos de activos. Estos son los casos acumulados. Puente Alto lidera el mayor número de casos acumulados, pero después, cuando uno ve el número de casos activos, es decir, cuáles son las comunas que nos están haciendo hacer doble clic constantemente, tenemos Punta Arenas, Arica, Puerto Montt, Puente Alto, que recurrentemente está saliendo, entre otras.

Respecto de la distribución por sexo de esta enfermedad, en general no se ha visto mucha diferencia significativa.

En cuanto a los antecedentes clínicos, de la clínica o de la sintomatología, en general la mayoría de los pacientes tiene un cuadro caracterizado por tos y fibromialgia, y eso lo pueden ver en detalle en los informes. No se aprecian, con excepción de la fiebre, mayores diferencias entre los pacientes que llegan a hospitalizarse versus los no hospitalizados, en cuanto a la sintomatología.

En cuanto a los antecedentes de comorbilidades, al igual que en la lámina anterior, tampoco se aprecian muchas diferencias significativas en cuanto a las comorbilidades de los pacientes que se hospitalizan versus los que no se hospitalizan.

La distribución del número de casos, y la tasa de casos por sexo y por edad, ustedes la pueden encontrar en nuestros reportes, y cuando uno analiza concluye que hemos tenido una

mayor tasa de hospitalizados a medida que aumenta la edad, obviamente.

Si uno compara la tasa de hospitalizados en adultos mayores con los niños, lo supera en muchos cientos de casos.

En cuanto a los fallecidos, es importante decir que en el análisis de la disgregación por regiones, y cuando uno compara a través de la tasa de mortalidad acumulada, existen diferencias, siendo la Región Metropolitana la que ha presentado una mayor tasa de mortalidad acumulada y una mayor letalidad con respecto al resto de las regiones.

Es importante mostrar la tasa de los fallecidos no hospitalizados versus los hospitalizados, y sus dos curvas.

Estos son los casos versus los fallecidos, y es una curva que es bastante en espejo en cuanto a la proporcionalidad de casos que fallecen versus el número de casos.

Por lo tanto, el descontrol en el número de casos, si se volviera a repetir este mismo fenómeno, también produciría un aumento en la mortalidad.

Ustedes pueden descargar los informes en las páginas del gobierno. Semana a semana agregamos nuevos productos.

Entiendo que Javiera Pacheco, la coordinadora de la estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento, de la cual yo soy la jefatura de la estrategia, ya les presentó el plan.

Me interesa decir que las acciones de salud pública que vamos a implementar es un segundo enfoque, con el fin de fortalecer y controlar de mejor forma la epidemia, para eso la palabra clave aquí es la trazabilidad, que es este proceso continuo de identificar los casos precozmente, a todos sus contactos estrechos y mantenerlos aislados.

En honor al tiempo me voy a saltar algunas láminas. Pero quiero reforzar que hemos implementado a la vía habitual que teníamos de este paciente asintomático, que iba al médico y se tomaba exámenes, una estrategia de búsqueda activa en la que salimos a la comunidad a buscar los casos en el territorio. Ya no estamos esperando en el hospital que lleguen las personas, sino que salimos a buscarlos.

Quiero agregar la funcionalidad de la indicación del aislamiento, ojalá en residencias sanitarias a todas las

personas, lo cual debe ser gestionado por los delegados de epidemiología o los coordinadores de covid de cada centro de salud, así como un monitoreo mucho más estrecho que un seguimiento, tanto de casos como de contactos.

De hecho, ayer se publicó el nuevo manual operativo de trazabilidad y aislamiento, el cual contempla los hitos de visita domiciliaria en aquellas personas que vayan a realizar el aislamiento en su casa, principalmente con el objetivo de evaluar las condiciones de habitabilidad del domicilio y si permiten llevar a cabo las medidas de aislamiento correctamente.

La ampliación de la cobertura de testeo, como ya dije, es salir desde el hospital, del consultorio, a través de laboratorios móviles o centros de muestra a nivel comunitario; también salir a buscar proactivamente a los enfermos en centros de larga estada y a través de visitas domiciliarias. Ahí tenemos diferentes acciones que estamos realizando muy exitosamente.

Respecto de la trazabilidad y del aislamiento, principalmente la idea es fortalecer la estrategia actual, pero con el fin último de identificar precozmente todos los casos y sus contactos estrechos, para los cual hemos hecho bastantes capacitaciones y fortalecido los equipos, y cumplir adecuadamente todo el proceso, por lo cual cada actor es muy relevante. Por ejemplo, que los médicos, cuando tengan o atiendan a una persona que es caso sospechoso, realicen la notificación en el sistema, con el fin de que la autoridad sanitaria se entere de él, de manera de validar los datos; generar la investigación epidemiológica; coordinar la atención primaria de salud y las visitas domiciliarias, para pesquisar si la persona cumple o no con las condiciones de aislamiento y seguridad en su domicilio; realizar en un ambiente mucho más cómodo y de confianza la identificación de todos los contactos estrechos y, si se requiere trasladar a residencia sanitaria, ojalá generar y gestionar ese traslado de la manera más oportuna posible.

Quiero dejar en el mensaje de que las residencias sanitarias son el mecanismo que tenemos para fortalecer el aislamiento y las cuarentenas; que son gratuitas y que estamos en



condiciones, si la demanda así lo exige, de aumentarlas. A nosotros nos gustaría que todas las personas cumplieran sus días de aislamiento de manera segura, ya sea en hospitales, si la condición clínica del paciente es más crítica, o en una residencia sanitaria, si lo puede hacer.

Para eso, en la plataforma Epivigila tenemos un formulario de seguimiento, en el que se registran diariamente todas las actividades: si la persona se contacta; si no se contacta; quién lo hace; si inicia síntomas. Lo más importante es evaluar si la persona está cumpliendo su aislamiento de manera correcta y, por lo tanto, no está exponiendo al resto de las personas a un posible contagio.

Entiendo que los indicadores de la estrategia fueron dados a conocer la semana pasada; hoy solo traje la actualización de los indicadores.

En términos generales, hemos aumentado el número de trazadores. Actualmente, tenemos 7.862 personas trazando a lo largo del país.

En cuanto a la implementación de la estrategia de búsqueda activa, quiero destacar que hoy día representa el 50 por ciento de los exámenes que se realizan en el país, lo que, a la fecha, nos ha permitido detectar 35.858 personas, casos asintomáticos que no se hubiesen identificados si no fuera a través de este medio.

En cuanto a la cantidad de test realizados por búsqueda activa en todas las regiones, está bastante por sobre lo esperado, lo que a nosotros nos parece que es una muy buena noticia.

En cuanto al índice de positividad, que debe ser menor al 10 por ciento, como hito 1, todas las regiones están bajo ese porcentaje, excepto la de Magallanes. En regiones, como Aysén, Los Lagos, Los Ríos y La Araucanía, del extremo sur del país, ha habido un leve aumento durante la última semana. En cuanto a la cobertura del testeo de los casos sospechosos, vemos que hay una muy buena cobertura, en términos generales, a lo largo del país.

En cuanto a la oportunidad de la notificación, también se ha ido mejorando, y el monitoreo de estos indicadores nos permite ir dando *feedback* a cada una de las regiones y a los

centros de salud de cada una de ellas, con el fin de incentivar la notificación oportuna ante todo caso sospechoso, ya que eso es lo que gatilla las acciones de salud pública.

En cuanto al indicador de oportunidad de investigación epidemiológica de los casos, es decir, que la persona se contacte dentro de las 48 horas, se le haga la investigación, se identifiquen sus contactos y se verifique si tiene las condiciones de cumplir el aislamiento oportuno, en términos generales, ha ido aumentando en todas las regiones. Con el aumento del brote -y uno lo ve aquí (muestra diapositiva), cuando fue el brote en Aysén, y también aquí, cuando partió el brote en Magallanes- eso hizo bajar un poco este indicador y actualmente van en franco repunte.

Para eso, hemos tenido que realizar acciones, como fomentar y aumentar el número de trazadores, a través del fortalecimiento de los recursos humanos en esa región.

En cuanto a la oportunidad de la investigación epidemiológica, el test de los contactos, también, en términos generales, ha ido en aumento en todas las regiones.

La tasa de ocupación de las residencias sanitarias también es variable. A nosotros nos gustaría tener ocupación sobre el 90 por ciento. Ustedes ven que tenemos ofertas disponibles, en general, en casi todas regiones del país.

El señor **MULET** (Presidente).- Señor Acevedo, lleva ya treinta minutos. Tiene la palabra para terminar.

La señora **ACEVEDO**, doña Johanna (Jefa de La División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública).- Por último, el indicador global de los casos que proviene de contactos estrechos, que debe ser mayor a 60 por ciento, también, en términos generales, hemos venido observando que, de a poco, ha ido aumentando.

Cuando hay un brote -como ustedes ven- en Aysén y Magallanes, que es lo normal, se pierde un poco el antecedente al nexo epidemiológico, cuestión que se evidencia, de manera clara, en este indicador. Después, a medida que se van mejorando la trazabilidad y la oportunidad de la investigación, se vuelve a recuperar ese nexo.

¿Por qué es muy importante esta nueva estrategia? Porque sirve para despejar la incógnita de cuándo tendremos el control de la pandemia. Mientras no exista una vacuna ni un medicamento efectivo, solo lo lograremos cuando tengamos la totalidad de las personas y sus contactos estrechos trazados. Aquí invito a toda la comunidad a ser trazadores y a estar muy conscientes de todas las personas con quienes compartimos los diferentes espacios para combatir la epidemia. Muchas gracias, Presidente.

El señor **MULET** (Presidente).- Muchas gracias a usted, señora Acevedo.

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis.- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a la señora Johanna Acevedo y agradezco su buena presentación.

Señora Acevedo, por su intermedio, señor Presidente, quiero situarla en el rol que tuvo, como jefa del Departamento de Epidemiología del Minsal, específicamente, entre fines de abril y fines de mayo de este año, cuando se empiezan a detectar las diferencias en los conteos que se reportaba desde la repartición, época en la que usted entregaba diariamente, al gabinete del ministro, las cifras de las personas contagiadas a diario.

En ese contexto, me gustaría que pudiera precisar cuál es el origen de esa brecha, de esa diferencia que se fue produciendo, de pocos casos, cerca de 90, a fines de abril - el 29 de abril, específicamente-, entre los datos que usted reportaba y los datos que reportaba públicamente el ministro. ¿Qué ocurrió, qué explicación se le dio a usted por esa brecha en el reporte público de casos versus lo que usted reportaba, que era en mayor número, internamente al Minsal?

En segundo lugar, quiero preguntarle qué rol tuvieron, a contar del 19 de mayo, los asesores de la presidencia de la República, el señor Pablo Eguiguren, entre otros, que empezaron a intervenir directamente en los reportes de las cifras que se contabilizaban para los reportes públicos. Es más, usted menciona, con correos del 23 de mayo, que en conjunto con presidencia -señalaba usted en esos correos- se

estaban empezando a reportar las cifras que oficialmente se iban a dar a conocer. Además, usted señala, en otro correo electrónico de fines de mayo, que estaba adjuntando, por vía de otro correo, distinto del oficial, un correo *gmail*, las bases de datos con los reportes diarios que se iban acumulando. En resumen, ¿cuál era el rol de esos asesores de la presidencia en los reportes que usted tenía? ¿Cómo elaboraban ellos esos informes, para que luego los diera a conocer el ministro de Salud a la prensa? ¿Cuáles eran las modificaciones que se les introducían, para que calzaran las vocerías diarias con los números de casos? Recordemos que llegó un momento, que fue bastante significativo, en el que hubo más de 17.000 casos de diferencia. Específicamente, estoy hablando del día 26 de mayo, pero que, en una misiva suya, se declaran 99.302 a la fecha, acumulados, en circunstancias de que públicamente a esa fecha se reportaron 82.289. Es decir, a esas alturas, había una brecha de 17.000 casos que en el mes de junio se acentuó a 30.000, lo que motivó a que la Contraloría señalara esto en su informe.

Por eso me gustaría que lo aclarara, si ello se debía a una falla del departamento de Epidemiología, bajo su mando, en circunstancias de que, al parecer, no era así, sino más bien producto de la intervención de los asesores de la Presidencia, a quienes usted les remitía la información, y que ellos, finalmente, reportaban la cifra oficial -por decirlo así- que se daba a conocer, la cual era distinta a esta disminución de casos que se dio a conocer y que luego llegó hasta 30.000, respecto de lo establecido.

En cuanto a esos puntos, sobre su rol en la entrega de información, me gustaría saber la fecha en que se inicia el conteo paralelo, la fecha de la intervención de La Moneda, con los asesores de la Presidencia; qué compatibilidad tenían los reportes que usted recibía y transmitía respecto de esta vocería pública, que diametralmente era menor en número de casos de la que usted estaba señalando internamente en cuanto a los casos que día a día se estaban reportando.

En otras palabras, el rol de estos asesores de la Presidencia y su conclusión de por qué se manejaron administrativa o políticamente las cifras de casos que no eran reales, sino

las que usted recibía, desde todos los servicios de salud y reparticiones en que había señalamiento de casos PCR positivos y que había que dar a conocer, pero que finalmente no ocurría, llegando a estas cifras tan tremendas como es más de 30.000 casos de brecha.

¿Qué ocurrió respecto de su salida del Departamento de Epidemiología? Quiero saber si se le pidió la renuncia o usted renunció; ¿cuánto afectó o influyó esta gran diferencia de información, entre lo que usted recibía, proporcionaba y lo que finalmente se daba a conocer a la opinión pública, que como sabemos era diametralmente distinta? Todo esto en la época de la llamada "Nueva Normalidad", desde fines de abril. Recordemos que esta fue la gran información que se dio a la comunidad en cuanto a vivir esa nueva normalidad que finalmente fracasó; sin embargo, coinciden los mismos tiempos, fines de abril hasta mediados de mayo, en que sucedió este revés de la autoridad superior respecto de declarar lo que no existía, que era una normalidad que aún no llegaba y que iba en un alza creciente de casos.

Esas son mis preguntas, señor Presidente.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Tiene la palabra la señora Johanna Acevedo.

La señora **ACEVEDO**, doña Johanna (vía telemática).- Señor Presidente, con respecto a la brecha, como señalé en fiscalía, existían criterios para informar a una persona en el reporte público diario, que efectivamente la persona estuviera notificada; eso como primera cosa. Después, una vez cambiado su estado, desde caso sospechoso o notificado a caso confirmado, debía contar adicionalmente con el respaldo de la PCR.

Ahora, cuando por algún motivo no se cumplían esos criterios, los sujetos no formaban parte del reporte público. Eso es lo que puedo decir con respecto a la brecha.

Quiero dejar explícitamente establecido -como usted señala- que el departamento siempre informó la totalidad de los casos de las personas que tenían PCR positivo, independiente de que hayan estado notificadas o de que habiéndolo estado aún aparecían como sospechosas en el sistema, lo cual genera la

diferencia.

Respecto de la pregunta de los asesores, desconozco cuál fue su rol en la elaboración de algún tipo de reporte público.

En cuanto a la pregunta de mi salida del Departamento de Epidemiología, en realidad, fui ascendida a jefa de la División de Planificación Sanitaria, por lo que el Departamento de Epidemiología, en el fondo el nuevo jefe de este departamento, igual depende de mí, como también el jefe del DEIS y varios otros departamentos que componen esta división.

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

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (vía telemática).- Señor Presidente, solo para precisar, me gustaría que la señora Johanna Acevedo ahondara en cuál fue su percepción respecto de la veracidad de la información pública, que ella también conocía como todos los chilenos a través de los medios de comunicación, en cuanto a la verdadera magnitud de los casos que se estaban recibiendo y no se estaban comunicando, porque la ciudadanía entendía que todo caso positivo era un caso PCR positivo, estuviese o no notificado. Recordemos que la notificación tiene un lapso de horas o días para que eso ocurra, y lo que señalaba la máxima autoridad era el número de casos, independiente de que estuvieran notificados o no.

Le pregunto derechamente, por su intermedio señor Presidente, el hecho de que usted reportara casos PCR positivos y que después dijera que esos casos, por no estar notificados, seguían como sospechosos y por tanto bajaban la cifra, el acumulo sostenido, ¿no es acaso un problema de transparencia y de credibilidad respecto de la información pública que se estaba entregando?

Lo consulto porque ese es el punto que está en la discusión general respecto de la veracidad de casos reales positivos, estuviesen o no notificados por un sistema que demora, pero que usted reportaba -lo que nos queda claro-, pero la autoridad no lo hacía a la opinión pública disminuyendo artificialmente -desde mi punto de vista- una cifra que era obviamente legítima y que discordaba de miles de casos

respecto de lo que usted estaba indicándole a la autoridad.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Tiene la palabra la señora Johanna Acevedo. Le pedimos precisión respecto de la pregunta que le hizo el diputado Castro.

La señora **ACEVEDO**, doña Johanna (vía telemática).- No sé si lo que el diputado me está preguntando es mi opinión al respecto. ¿Me puedo remitir a los hechos que dije en mi respuesta original?

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

La señora **ACEVEDO**, doña Johanna (vía telemática).- Entonces, tendría que reiterar la respuesta: consistentemente remití la información completa.

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

El señor **CELIS** (don Ricardo) [vía telemática].- Señor Presidente, además de la información pública existente, quiero ahondar en lo que señala el diputado Juan Luis Castro. Según Ciper, estas personas entregaron información -para ser muy preciso- respecto de que hubo manipulación de datos, no de PCR positivos y de casos sospechosos, sino que para una sola tipología de modificar, incluso, los horarios de corte para que los informes fueran coincidentes con lo que estaba entregando el gabinete del ministro.

Quiero saber si esa información que aparece en los medios de comunicación es verídica o no. ¿La reafirma? Se lo pregunto, porque es un tema muy complejo.

Gracias, Presidente.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- Tiene la palabra la señora Johanna Acevedo.

La señora **ACEVEDO**, doña Johanna (vía telemática).- Señor Presidente, en los informes epidemiológicos consta que se modificó el horario de cortes en algunos informes para emitir, en el fondo, el conteo de los casos reportados en aquellos informes.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- ¿Alguna otra pregunta, diputado Ricardo Celis?

El señor **CELIS** (don Ricardo) [vía telemática].- No, señor Presidente. Me responde absolutamente que ella reafirma lo

que hemos conocido, que es lo que estaba preguntando.

Muchas gracias.

El señor **MULET** (Presidente) [vía telemática].- ¿Habría otro diputado o diputada que quiera formular alguna pregunta a la señora Johanna Acevedo?

En nombre de la comisión, le doy las gracias por su colaboración. Vamos a continuar con la sesión, porque tenemos otros invitados. Si usted lo desea, puede permanecer o retirarse.

Señor Secretario, entiendo que la señora Johanna Acevedo hizo llegar a la Comisión la presentación que hizo y que ya la tenemos, si no que la haga llegar.

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- La puedo enviar.

El señor **MULET** (Presidente).- Enviela de inmediato, por favor, señora Johanna. Es muy importante para nosotros tenerla.

Muchas gracias.

Nuestro segundo invitado es don Ariel León, quien viene acompañado de don Esteban Araya. Don Ariel León pidió asistir a esta Comisión. Él representa a la Asamblea Originaria por la Descolonización y la Plurinacionalidad. Su objetivo es exponer ante la Comisión el enfoque de otras naciones originarias de nuestro país, respecto del abordamiento del covid-19. Esa fue su solicitud.

Tiene la palabra el señor Ariel León.

El señor **LEÓN** (vía telemática).- "Allillan chu" [...] Señor Presidente, por su intermedio saludo a cada uno de los miembros de esta honorable Comisión y agradezco la posibilidad que me han dado. Estamos junto al hermano Esteban Araya Toroco, presidente de la Asociación de Agricultores Lay Lay, de Calama, quien va a dar una visión territorial.

Para comenzar, daré una visión más bien general de nuestra organización, que se compone de organizaciones indígenas que van desde Arica hasta Magallanes. Somos aymaras, quechuas, licanantay, colla, kawésqar, mapuche, entre otros pueblos, que estamos unidos en una red de organizaciones y que hemos tomado la bandera de lucha de tratar de que el covid-19 y las políticas públicas tengan un rostro indígena, lo cual,



lamentablemente no ha ocurrido aún.

El 5 de julio del presente año presentamos una carta al Presidente de la República, solicitando una política especial para pueblos originarios en relación al covid-19, todo ello [...] en los tratados internacionales y también en la legislación chilena.

En dicha carta hacemos 12 proposiciones, que son las siguientes: 1. Crear con el consenso y participación de las autoridades ancestrales indígenas territoriales, un protocolo especial de atención en salud para indígenas en el contexto del covid-19; 2. Modificar el protocolo de funerales y manejo de cadáveres para compatibilizarlos, y proteger el derecho al buen morir de los pueblos originarios de acuerdo a nuestras tradiciones; 3. Dotar de médicos suficientes e infraestructura médica a territorios lejanos; 4. Visibilizar estadísticamente los contagios de pueblos originarios, desagregando datos por pueblo, territorio, fallecidos, si son urbanos, rurales, etcétera; 5. Respetar medidas de confinamiento y aislamiento y cierre de pueblos o territorios para detener los contagios; 6. Avalar y apoyar, incluso logísticamente, los acuerdos entre autoridades tradicionales, comunidades y entre la población indígena, rural o urbana, respecto de la distribución de alimentos e insumos, derecho a acceder a los territorios para riego, cuidado de animales y cultivo; 7. Crear, con la colaboración de las autoridades territoriales indígenas, residencias sanitarias pertinentes para los pueblos originarios, y una política de acompañamiento y asistencia de indígenas de su territorio y pueblo originario para [...] indígenas; 8. Paralizar las consultas indígenas ambientales y de reglamento y de proyectos de ley durante la pandemia, en orden a lo declarado en la orden 25.1, de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de este año; 9. Desmilitarizar los territorios indígenas; 10. Evitar que las medidas contra la pandemia signifiquen colapso, desincentivo u obstáculo a las actividades tradicionales de los pueblos originarios, como caza, pesca, ganadería, entre otras; 11. Implementar medidas económicas especiales para financiar los planes de desarrollo indígena en cada territorio para el salvataje de las

economías locales y, 12. Acceder al petitorio de los presos políticos mapuches y atender los derechos de la población penal indígena, en general, que sufren los riesgos de la pandemia, en condiciones de especial vulnerabilidad.

Esa carta la abrimos a la firma de organizaciones indígenas; firmaron alrededor de 300 organizaciones indígenas a nivel nacional.

Recibimos una respuesta de esa carta el 15 de julio, pero esa respuesta era más bien una derivación de la respuesta de esta carta al gabinete del Ministerio de Desarrollo Social, carta de 15 de julio, firmada por el gabinete de Carlos Cruz-Coke Carvallo, director de Gestión Ciudadana de la Presidencia de la República. Al día de hoy no hemos recibido ninguna carta del Ministerio de Desarrollo Social en respuesta a nuestra solicitud.

Por lo tanto, el 31 de julio de este año presentamos una denuncia a Contraloría, solicitando la existencia de estadísticas indígenas en relación al covid-19 y también una política especial. En lo particular, denunciemos a Contraloría que el Estado de Chile no ha levantado datos estadísticos sobre contagios [...] originarios [...] el Estado actúa a ciegas sobre los pueblos, respecto de los cuales tiene un deber de protección especial, en virtud del artículo 5° del Convenio 169, y medidas adecuadas, de acuerdo a lo señalado en el artículo 1° de la Ley Indígena.

No se cuentan nuestros enfermos, no cuentan muertos y, por lo tanto, el Estado no sabe cómo nos está afectando a nosotros como pueblos originarios esta pandemia. Ahí señalábamos también que debemos tolerar que cada día el Minsal informe sobre las estadísticas nacionales, pero sin ningún dato específico sobre nosotros [...] los que no aparecen siquiera en los informes epidemiológicos.

Aludimos al hecho de que el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, en el documento Consideraciones sobre los Pueblos Indígenas y covid-19, pide a los estados expresamente asegurar la disponibilidad de datos desglosados sobre pueblos indígenas, en particular sobre las tasas de infección, mortalidad, repercusiones económicas, carga de atención y la incidencia de la

violencia, incluida la violencia basada en género, pero no solamente los tratados internacionales piden esto, ya que también la legislación chilena expresamente establece el deber de llevar una estadística respecto de los pueblos originarios en esta materia, y así, el decreto exento N° 643, de 30 de octubre de 2016, sustituye la norma técnica sobre estándares de información en salud; está suscrito por la exministra de Salud, doña Carmen Castillo; es un decreto exento vigente. Impone en el parágrafo 4 y 5 que la norma debe ser adoptada obligatoriamente por todos los establecimientos y organismos de salud en el territorio nacional, a fin de lograr que las distintas iniciativas de desarrollo de tales sistemas garanticen la obtención de datos confiables, compartibles e integrados.

Asimismo, en el punto 10.2.4, del mismo decreto que mencioné, que existe el deber del Estado de contemplar expresamente la variable de pueblos originarios y, por lo tanto, cada vez que se informe una enfermedad epidemiológica debe señalarse, es un deber del Estado, la categoría indígena de la persona reportada como enferma, y expresamente alude a que debe señalarse obligatoriamente si esta persona es mapuche, aymara, rapanui, atacameño, quechua, colla, diaguita, kawésqar, yagán [...].

El documento titulado Orientaciones técnicas, pertinencia cultural de los sistemas de información de salud, variables de pertenencia a pueblos indígenas en los registros y formularios estadísticos del sector salud -esta es una publicación del Ministerio de Salud, de agosto de 2018- es el manual de aplicación del decreto exento N° 643, que acabo de citar, en su página 9 señala que la pregunta sobre si un usuario pertenece a un pueblo originario es de carácter universal, lo que significa que debe ser realizada a todas las personas y los establecimientos del territorio nacional y, además, la pregunta debe estar presente en todos los formularios y debe ser formulada en los términos en que aparece, sin interpretaciones y modificaciones. Este formulario lo dice así expresamente.

Finalmente, el artículo 54, de la ley N° 18.575, que es la de Bases Generales de la Administración del Estado, impone, en

virtud del principio de probidad, el empleo de medios idóneos de diagnóstico, decisión y control para concretar dentro del orden jurídico una gestión eficiente y eficaz. Si el Estado no cumple con su propio ordenamiento jurídico, con sus propios decretos y sus propias orientaciones técnicas, es imposible que tengan, por tanto, acciones eficaces para prevenir y combatir el covid-19 respecto de los pueblos originarios.

Por ello, pedimos una fiscalización a la Contraloría General de la República de esta situación. Sumado a ello, el Estado tiene el deber permanente -no solo relativo en estos tiempos de pandemia- de aplicar una política indígena adecuada a los pueblos originarios, la cual también ha estado completamente ausente.

La Ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes del Paciente, que por lo demás está vigente, fue aprobada por el honorable Congreso Nacional. En su artículo 7°, establece la obligación expresa de los prestadores de salud institucionales públicos, en los territorios de alta concentración indígena, a asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios y a recibir una atención en salud por pertinencia cultural, la cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas.

Asimismo, la Ley N° 19.937, de 2004, relativa a la Autoridad Sanitaria y Distintas Modalidad de Gestión, en su artículo 4° establece que el Ministerio de Salud tendrá, entre otras, la función establecida en el N° 16, que señala; "Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas de alta concentración indígena."

Por su parte, el artículo 21 del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud de 2005 dispone expresamente que el Ministerio de Salud tiene, entre sus funciones, formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud.

En el artículo 8°, letra e), de la misma norma se establece que el director del servicio deberá programar, ejecutar y evaluar, en conjunto con los integrantes de la red y con la

participación de representantes de comunidades, estrategias, planes y actividades que incorporen el modelo de atención en los programas de salud y el enfoque intercultural en salud.

Señor Presidente, de esto no se ha visto nada. Esa es la razón por la cual presentamos esta denuncia ante la Contraloría General de la República, solicitando una fiscalización y un dictamen para efectos de que en los próximos rebrotes no exista esta falencia, esta omisión crasa, absolutamente ilegal en el Estado por no contar con estadísticas respecto de los pueblos originarios, ni con políticas especiales, a las cuales la ley tanto en la estadística como en la política especial los obliga de manera expresa. Nos parece un abandono de funciones intolerable y que está conduciendo a la muerte de muchos hermanos.

A ese respecto, el seremi de Salud de Arica y Parinacota señaló en algún momento que más del 50 por ciento de los contagiados de la región eran de pueblos originarios. Posteriormente, cuando los periodistas le insistieron en si reafirmaba la estadística, obviamente se desdijo, pidió disculpas, se retractó.

Al seremi de Salud de Tarapacá también se le preguntó sobre la cantidad de personas de pueblos originarios enfermos, ante lo cual indicó que todos eran iguales ante la ley y que no se haría ninguna excepción, lo cual nos parece absolutamente insólito, a la luz de las normas expresas que acabamos de citar. Cabe señalar que esto no solo se verifica en materia de Salud, puesto que la pandemia ha dado lugar a un montón de abusos en contra de los pueblos originarios.

Cabe consignar las denuncias del Observatorio Latinoamericano de Conflictos Ambientales, que señala que, de marzo a julio del presente año, aumentaron en más de 500 por ciento la presentación de megaproyectos en el Servicio de Evaluación Ambiental (SEA) en territorios indígenas. Por lo tanto, no se podían hacer las consultas indígenas en ese momento o se trataron de hacer de muy mala manera.

El 13 de julio de este año, tuvimos que presentar un recurso de protección en contra del Ministerio de Energía, porque comenzó a aplicar un proceso participativo a través de teléfonos celulares en contra del pueblo Pehuenche en el Alto

Biobío. ¡Señor Presidente, un proceso participativo indígena por celular! Eso fue verificado en los días en que Alto Biobío era la comuna con más contagiados en la región. Presentamos ese recurso de protección y lo ganamos.

El 25 de septiembre pasado, la Corte de Apelaciones de Concepción acreditó la ilegalidad del proceso de participación ciudadana, declaró suspendida la convocatoria de este proceso participativo que involucró llamados a los pueblos originarios por aparatos telefónicos celulares y le ordenó al Ministerio de Energía realizar una consulta indígena. Sin embargo, a través del Consejo de Defensa del Estado, dicho Ministerio apeló la resolución, y evidentemente vamos a esperar el fallo de la Corte Suprema, que esperamos que también sea positivo.

En verdad, la pandemia ha sido motivo, causa, excusa y justificación para tolerar las mayores violaciones y violencia, tanto por acción como por omisión, hacia los pueblos originarios. Es decir, como que la pandemia justifica la presencia de militares en nuestros territorios, prohibirles a los comuneros, todo.

Tenemos una denuncia de los hermanos quechua, la cual fue informada por la presidenta de la comunidad de Ollagüe, señora Thelma Ramos, a quien le envió un gran saludo. Ella señala: "No me dejan entrar a mi territorio los militares. No podemos entregar las ayudas sociales que nosotros tradicionalmente les entregamos a personas indígenas de la tercera edad, personas postradas, personas que no se pueden mover, que no pueden regar sus plantaciones." También hemos recibido denuncias de abuelos indígenas nuestros, de *huichas*, personas de la tercera edad que en este momento se encuentran en residencias sanitarias sin poder hablar, puesto que no saben el idioma español. Las residencias sanitarias en Tarapacá no tienen pertenencia [...] una bandera indígena [...] por ahí, algunos colores o motivos que puedan poner en un cuadro o en algún lugar. Pero no hay pertenencia absoluta de salud indígena para las personas afectadas por covid-19 en los territorios.

Por lo tanto, señor Presidente y honorable comisión, no quiero extenderme más, pues sabemos que hay poco tiempo para

formular las preguntas y estamos dispuestos a responderlas. Pedimos a esta honorable comisión, en primer lugar, [...] no puede haber un nuevo rebrote de covid-19 o de otra enfermedad pandémica como esta sin estadísticas especiales para pueblos originarios. Tampoco podemos tener una nueva [...] sin una política especial del Estado para los pueblos originarios en materia de salud, como lo ordenan la ley y los reglamentos. Asimismo, solicitamos oficiar a la Contraloría General de la República, a efectos de que emita un pronunciamiento sobre por qué no se cumple esta situación, si es ley expresa, ley interna, ley chilena. No más racismo institucional. Creemos que existe un racismo institucional por parte del Estado al no considerarnos y omitir.

Nosotros leímos lo concerniente al Epivigila, nombrado por la señorita Johanna Acevedo, y lo citamos en la denuncia ante la Contraloría. Aparece expresamente una pestaña del sistema Epivigila para agregar la pertenencia del afectado, o del infectado o de la persona enferma, es decir, si pertenece o no a pueblos originarios, pero no se llena.

También hemos hecho encuestas, para lo cual nos valemos de la información que nos surtió la antropóloga señora Malva Marina Pedrero, quien vive en la Región de Arica y Parinacota y trabaja para la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Ella es [...] de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Nos señalaba que la encuesta que había hecho era que el sistema Epivigila, en materia de pueblos originarios, no servía porque nadie lo llenaba. De modo que no hay fiscalización por parte de las autoridades de Salud para surtir de esa información.

En la estrategia de búsqueda activa, a lo cual se refirió la señorita Johanna Acevedo, del Ministerio de Salud, no había ninguna mención a los pueblos originarios. Tenía la cámara apagada justamente porque estaba acercando mucho mi rostro al computador y no quería verme en primer plano, pero estaba acercándome a la información que mostraba en algunas diapositivas de manera muy rápida. No pude leer todo, pero ahí no se hacía mención alguna a los pueblos originarios. Esta situación nos indigna y nos va a obligar a demandar. Somos buenos para eso, pero evidentemente no nos gusta

hacerlo. No estamos demandando porque sí, o porque nos place o porque este gobierno sea de alguna tendencia política, en lo absoluto, sino que lo hacemos en defensa de nuestros derechos.

En consecuencia, esperamos que esta comisión sirva precisamente para denunciar estas situaciones y llegue a una solución.

*Tupanachicama.*

Muchas gracias.

El señor **MULET** (Presidente).- Muchas gracias, señor León. Muy importante e interesante lo que ha planteado.

Después de escuchar al señor Esteban Araya, propondré el envío de algunos oficios por parte de la comisión.

Dada la escasez de tiempo, ofrezco de inmediato la palabra al señor Esteban Araya. Le ruego que no intervenga por más de 10 minutos, para luego hacer algunas consultas.

El señor **ARAYA**.- Señor Presidente, agradezco la invitación a la comisión para plantear las problemáticas de nuestro territorio.

Soy dirigente indígena atacameño, Likan Antai, de la Segunda Región. Vivo en Calama, y nos extraña mucho que la señora Johanna, que expuso anteriormente, dentro de sus estadísticas, y como decía el hermano Ariel León, no estemos para el Estado chileno.

Lamentablemente, la mayoría de los pueblos no aparecemos en la estadística, sobre todo de la enfermedad covid-19. Tampoco hay una estadística de las personas que fallecieron en nuestro territorio.

Quiero contarles que en Calama la cuarentena se inició tarde. Estaba viendo la exposición de la señora Johanna, que ellos ya sabían en enero, febrero, que estaba la covid-19 en Chile, y no tomaron los resguardos y debieron haberlos tomados. O sea, el cierre de la frontera no se hizo a tiempo, el cierre, sobre todo acá, en la Segunda Región, el mineral siguió funcionando; había 30 vuelos diarios, la mayoría de la gente contaminada viajaba desde Santiago a Calama, de Concepción y de otras regiones.

Tampoco se cerró acá, no hubo trazabilidad desde el



principio. No había asistencia hospitalaria, nunca hubo. Para que ustedes conozcan, en los pueblos, sobre todo en el Alto El Loa y San Pedro de Atacama, no hay hospital. Funcionan solamente postas rurales y ni siquiera atiende un doctor; son paramédicos los que atienden.

Se cerró para que no pudiera entrar más gente contaminada gracias a los hermanos que empezaron a tomar resguardo de su gente, sobre todo en San Pedro de Atacama, en Ayquina, en Toconce, en Caspana. Empezaron a cerrar ellos mismos y sin dejar entrar a las personas de la ciudad, sobre todo de Calama, que iban con la contaminación. Desde el principio no se hizo trazabilidad.

Al hospital de Calama no llegaron los recursos a tiempo. Recién ahora, en agosto, septiembre, octubre, están llegando los recursos, en circunstancias de que en febrero se habían comprometido algunos recursos para implementar los hospitales con todo lo que significaba hacer el estudio y la trazabilidad. Nunca se hizo, todo fue a destiempo.

En el caso de la minería, el caso de Codelco, nunca cerraron las faenas. Codelco siguió funcionando ciento por ciento, nunca se cerraron las faenas. Cuando hubo más muertes, sobre todo en Calama, si no me equivoco en mayo y junio, cuando hubo más muertes, sobre todo acá en la ciudad, ni siquiera tenían implementados en los hospitales los recursos y cómo tratar a la gente contaminada.

Para el estudio epidemiológico se demoraban 40 días en notificar a las personas. ¡40 días! Y esos exámenes se mandaban directo a Santiago, ni siquiera se hacían en la región.

Imagínense, a la gente se le notificaba después de 40, 50 o 60 días, cuando muchas personas ya habían fallecido, y nunca le notificaron.

No se [...] a nuestros hermanos que fallecían, y mucha gente, sobre todo de Calama, que fue trasladada a otras regiones, a Santiago, a Concepción, [...]

¿Qué dijo el Ministerio de Salud? Dijeron que iban a devolver a esas personas y que iban a venir con todos los gastos pagados. Los hermanos tuvieron que tratar de conseguir dinero para trasladar a esa gente fallecida y darles sepultura acá,

en el lugar de origen.

Señor Presidente, eso no puede pasar.

Estoy con Asodeplu, Asamblea Originaria por la Descolonización y la Plurinacionalidad, estamos organizados con nuestros hermanos, y nos interesa que se lleve una estadística de las personas que están con covid-19, y también la estadística de todas las personas que han fallecido. Además, vamos a seguir tomando acciones, como lo hemos seguido haciendo.

¡Para qué decir lo del aeropuerto! El aeropuerto se cerró recién en junio-julio para que no llegaran más vuelos. Llegaban 30 o 35 vuelos diarios a Calama, con gente que se trasladaba para trabajar en la minería.

Ahora Codelco cerró los vuelos, pero llegan a Antofagasta, por eso es que hay más gente contaminada en Antofagasta, porque los vuelos llegan directo a Antofagasta; llegan directo a Iquique, y se trasladan en bus hacia la minería.

Para hacer la trazabilidad Codelco implementó un sistema que demora 10 o 15 días para las notificaciones. Pero eso fue a destiempo. Mucha gente murió en Calama. Fue una de las zonas donde murió más gente porque no se hizo cuando correspondía el cierre de las faenas mineras, y de hecho siguen funcionando.

Mucha gente murió acá también por la contaminación que hay en esta zona, porque Calama está declarada como una zona saturada con MP10, MP2,5; es cáncer.

De hecho, ahora estamos en una segunda etapa, pero gracias a Dios que han bajado los índices de contaminación.

Como dije, todo fue a destiempo; de hecho, recién están llegando los recursos que se habían comprometido anteriormente. ¡Recién!

Señor Presidente, eso es lo que puedo decir desde Calama, desde Alto El Loa, y sobre todo desde San Pedro de Atacama, donde lamentablemente ha fallecido mucha gente.

Ojalá que en esta estadística estemos incluidos todos los pueblos originarios y que nuestra gente pueda tener una mejor atención en salud.

Muchas gracias.

El señor **MULET** (Presidente).- Muchas gracias, don Esteban.

Señores diputados, quiero pedir que se oficie al ministro de Salud para que nos informe de qué manera se ha dado cumplimiento a la normativa de orden legal y reglamentaria que tiene que ver con el respeto de los aspectos culturales de los pueblos originarios; sobre la desagregación de cifras, de estadísticas, y todo aquello que tiene que ver con las normas vigentes que establecen diferenciaciones y procedimientos alternativos, estadísticos o respeto de derechos y de culturas contempladas en nuestros pueblos originarios.

La idea es saber si se cumplieron o no las normas, a propósito de lo que señalaba don Ariel.

En segundo lugar, oficiar a la Dirección General de Aeronáutica Civil respecto de lo que señaló don Esteban, con el objeto de tener claridad de la cantidad de vuelos de entrada y de salida, con las rutas respectivas, en abril, mayo, junio, julio y agosto, regulares y chárter, en tres aeropuertos, que son el aeropuerto de Calama, el aeropuerto de Antofagasta y el Aeropuerto Desierto de Atacama, de la Región de Atacama, comuna de Caldera.

Quiero conocer el movimiento de esos tres aeropuertos, para saber el número de las personas que se desplazaron y de dónde venían. La cantidad de fallecidos en la Región de Antofagasta, particularmente en Calama, es significativa, incluso sale del promedio.

Además, hay dos oficios que presentó por escrito el diputado Juan Luis Castro, que se tuvo que retirar de la comisión, uno dirigido al ministro del Interior y Seguridad Pública y otro al ministro de Salud.

¿Habría acuerdo?

**Acordado.**

Ofrezco la palabra

Agradezco la participación de los señores Ariel León y don Esteban Araya.

Dado que la información de esta comisión es pública, una vez que lleguen las respuestas a los oficios, ustedes podrán acceder a ellas.

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

*-Se levantó la sesión a las 17.05 horas.*

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,  
Redactor  
Jefe Taquígrafos Comisiones.